GUIDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX POUR LES INTERPRÈTES EN MILIEU SOCIAL

Renée Bourque

Août 2004

Québec

Guide sur les services de santé et les services sociaux pour les interprètes en milieu social

Renée Bourque

Remerciements

Dr Michèle Bélanger
Alonso Bolivar
Marie-Louise Castoun
Heather Clarke
Martine Xiaohong Ding
Laoura Dnoian
Guy Drudi
Carlos Hernandez
Bernard Jeansonne
Anjali Kapoor-Kohli
Hubert Koui
Myriam Lafrenière
Memduh Ogur
Simon Ong
Adriana Parra
Dr Cécile Rousseau
Dominique Samuel
Sugir Selliah
Ming Jyh Shyr
Nayiri Tavlian
The Nghi Tran
Sylvia Yanez
Paula Yiannapoulos

Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Centre universitaire de santé McGill
(Hôpital de Montréal pour Enfants)
CLSC Parc Extension
CLSC Rivière-des-Prairies

© Service aux communautés linguistiques et ethnoculturelles
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

Dépôt légal 3e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89510-190-6
Prix : 12 $

GUIDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX POUR LES INTERPRÈTES EN MILIEU SOCIAL

Renée Bourque

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Montréal

Août 2004

106-06082/

INTRODUCTION

Depuis la décennie 90, de nombreux rapports ont souligné l'importance de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à l'ensemble de la population, y compris à celle qui est issue de l'immigration et des communautés culturelles, en vertu du principe de l'universalité des soins.

Les coûts engendrés par les diagnostics* erronés, les traitements non appropriés ou les patients qui consultent à la dernière minute, lorsque leur santé est gravement atteinte, sont aussi des éléments qui justifient le recours à des interprètes professionnels afin de faciliter l'accessibilité aux services aux nouveaux venus dont près de 40 % sont allophones. Par interprète professionnel, nous entendons des interprètes sélectionnés pour leurs compétences linguistiques et leurs habiletés interactionnelles et qui ont suivi une formation d'interprète. Tous ceux qui en ont fait l'expérience connaissent les limites du recours à une interprétation familiale ou de voisinage. De même, le personnel de la santé qui a pu bénéficier d'interprètes formés admet combien cet intermédiaire devient essentiel pour assurer des services de santé de qualité.

1. BUT DE CE GUIDE

Les services dans le domaine de la santé et des services sociaux sont nombreux et répondent à des missions et à des problématiques fort variées, que ce soit en milieu hospitalier, dans les centres jeunesse, en milieu scolaire, dans les centres d'accueil ou en soins de première ligne*, ou encore en contexte psychiatrique. En conséquence, certains interprètes, sont appelés à interpréter dans des milieux qui requièrent une adaptation rapide au contexte ou une expertise particulière. Chaque institution, presque chaque service et un certain nombre de problématiques exigent de l'interprète une compréhension adéquate des enjeux et une sélection judicieuse de ses techniques d'interprétation afin d'établir une relation de confiance avec l'intervenant et avec le client et de dispenser un service de qualité.

Ce *Guide sur les services de santé et services sociaux pour les interprètes en milieu social* a pour objectif de faciliter le repérage rapide d'informations et la mise au point de stratégies visant à faciliter le travail et l'adaptation rapide de l'interprétation aux caractéristiques de l'institution, du service et de sa mission. Il sera utile non seulement aux interprètes formés, habitués à travailler dans certains milieux et qui sont appelés à œuvrer dans de nouveaux contextes, mais aussi aux nouveaux interprètes qui n'ont pas encore reçu la formation dispensée par la Banque interrégionale d'interprètes de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

2. CONTENU PROPOSÉ

Il existe une grande diversité d'institutions, de services et de catégories de professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux. Certains hôpitaux desservent une clientèle semblable (jeunes ou adultes), mais dans des contextes parfois particuliers (psychiatrique, légal, adaptation) Un même établissement peut aussi offrir une grande variété de services à des clientèles

différentes (enfance-jeunesse, maintien à domicile, itinérance, sida, etc.) Une même catégorie de professionnels peut intervenir dans des milieux et sur des problématiques fort différentes, tels que les travailleurs sociaux en CLSC, en centres jeunesse et en milieu scolaire. C'est pourquoi divers thèmes seront explorés. Certains sont parfois reliés à une institution, parfois à un service, quelques fois même à une discipline (voir Mode d'utilisation).

3. VALIDATION

Afin d'identifier et de valider la pertinence des thèmes, la structure du guide, les difficultés rencontrées et l'ensemble du contenu proposé, trois comités de consultation ont été mis sur pied. Un groupe de discussion constitué d'une dizaine d'interprètes a été rencontré une première fois, pendant une demi-journée, afin de valider les thèmes choisis et la structure retenue. Par la suite, différentes personnes du réseau, spécialisées dans divers secteurs ont permis d'orienter les informations à privilégier. Enfin, un comité de travail composé de trois interprètes expérimentés a aidé à établir le choix de la terminologie posant le plus de difficulté, et à cibler les problèmes spécifiques à plusieurs contextes. Cette validation a constitué une phase essentielle visant à s'assurer d'une part, que le guide répondrait aux besoins des interprètes et, d'autre part, qu'il serait élaboré de façon cohérente et en lien avec la réalité des divers secteurs de la santé au Québec.

N.B. Étant donné la récente création (juillet 2004) des centres de santé et de services sociaux regroupant les CLSC, les CHSLD et les CH de quartier, nous avons décidé de conserver dans ce guide l'ancienne appellation de ces établissements.

UTILISATION

MODE D'UTILISATION DE CE GUIDE

Le contenu de ce guide a été rédigé fin 2003 à partir de certains outils de base élaborés dans le cadre des sessions de formation (guide de l'interprète, code de déontologie…) et à la suite de consultations auprès d'interprètes expérimentés (thèmes relatifs à divers domaines de la santé, etc.). Tous ces outils sont regroupés en **trois chapitres, et cinq annexes.**

Le **premier chapitre** offre un aperçu de l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec. Les principes privilégiés dans le cadre de ces services sont aussi présentés. Enfin, le contexte légal dans lequel se déroule le travail de l'interprète est également abordé.

Le **second chapitre** apporte quelques précisions sur la notion d'interprétation, les objectifs vers lesquels doit tendre l'interprète et la façon de véhiculer les informations culturelles pour éviter de rompre la confiance de part et d'autre. Est aussi soulignée l'importance de considérer quelques aspects caractérisant la culture professionnelle du personnel de ces divers milieux. Suit ensuite un rappel des stratégies générales à privilégier, avant, pendant et après l'interprétation, de même que quelques précisions sur le code de déontologie et sur les droits et les devoirs des interprètes.

Dans le **troisième chapitre** qui constitue la partie essentielle de ce document, nous abordons le milieu des CLSC et trois secteurs particuliers soit la **périnatalité***, les **services enfance-famille** puis les **services jeunesse**. Par la suite, nous traitons des **centres jeunesse** et des deux secteurs qui y sont reliés soit celui de la **protection** et celui de la **justice pénale pour les adolescents** (antérieurement appelé jeunes contrevenants*). Nous proposons aussi un thème particulier, soit celui de la **violence conjugale* et familiale**. Les **services à domicile** sont aussi considérés, de même que la **santé mentale** et plus particulièrement la **psychiatrie** qui constitue un défi important pour les interprètes. Le sujet des **hôpitaux** constitue le dernier thème.

Ce guide offre donc aux interprètes la possibilité de se familiariser avec neuf thèmes reliés au milieu de la santé et des services sociaux. La structure de chaque thème abordé est la suivante : 1. Caractéristiques ; 2. Fonctionnement ; 3. Problématiques ; 4. Conseils à l'interprète ; 5. Terminologie.

Cinq annexes accompagnent ce guide. La première introduit les **principaux droits des usagers**. La deuxième nous permet de prendre connaissance d'un article du *Vancouver Sun* nous présentant un cas de **jurisprudence**. La troisième annexe regroupe des explications sur les **tâches et fonctions d'un grand nombre de professionnels** de la santé et des services sociaux, la quatrième récapitule la **terminologie** et enfin la cinquième annexe liste les **sigles** couramment employés en santé et services sociaux au Québec.

L'interprète peut donc consulter ce guide selon les informations qu'il souhaite rechercher à propos du système québécois de santé et de services sociaux (chap. 1), selon les compétences qu'il souhaite développer comme interprète (chap. 2), ou à partir de l'un ou l'autre des thèmes (chap. 3) pour lequel il est appelé à interpréter.

Par ailleurs, tous les termes suivis d'un astérisque se retrouvent dans la terminologie à la fin de chaque thème et à l'annexe 4.

LE SYSTÈME

1

SE SITUER DANS LE SYSTÈME

1.1 L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC[1]

Le système de santé québécois repose sur une structure à trois niveaux : premièrement, le **ministère de la Santé et des Services sociaux** (MSSS), deuxièmement, les **Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux** (anciennement appelées régies régionales de la santé et des services sociaux) et troisièmement, les **établissements**. Ces derniers regroupent les centres de santé et de services sociaux nés de la fusion en juillet 2004 des **centres locaux de services communautaires** (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée* (CHSLD), et des centres hospitaliers de quartier, ainsi que les centres de réadaptation* (CR), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ*) et les centres hospitaliers* (CH).

Le **ministre** détermine, selon la loi, les priorités, les objectifs et les orientations en santé et en services sociaux. Il établit les politiques et les programmes, voit à leur application et à leur évaluation. En outre, il répartit entre les régions les ressources nécessaires à la mise en place de ces programmes. Ces dépenses représentent 30 % du budget total du gouvernement.

Le **Protecteur des usagers** : depuis janvier 2002, la fonction de Commissaire aux plaintes a été remplacée par celle de Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. Il a pour principale responsabilité l'examen en dernière instance des plaintes formulées par les usagers. Il s'assure en outre que le traitement des plaintes effectué par les établissements et les agences de développement est conforme à la loi. Il peut, exceptionnellement, effectuer des interventions particulières.

La **Régie de l'assurance-maladie du Québec** (RAMQ) a été instituée en 1969 ; elle est chargée d'instaurer le régime d'assurance maladie, de l'administrer et d'en assurer l'accès universel à la population.

Les **Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux** planifient, organisent, mettent en œuvre et évaluent dans leur région les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre. Elles assurent les fonctions suivantes :

- la participation de la population à la gestion du réseau, dans le cadre des conseils d'administration et du forum des usagers ;
- l'élaboration des priorités de santé et de bien-être ;
- l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services ;
- l'allocation des budgets d'établissements et des subventions aux organismes communautaires ;

- la mise en place des mesures de protection de la santé publique et de la protection sociale ;
- la gestion économique et efficiente des ressources.

Les **CLSC** offrent, en première ligne, les services de santé et les services sociaux courants à la population. Ces services sont de nature préventive ou curative et ils visent la réadaptation ou la réinsertion.

Le mandat des **centres hospitaliers** (CH) est d'offrir à leur population des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés, des soins infirmiers, des services psychosociaux spécialisés, des services préventifs et de réadaptation.

Celui des **centres de protection de l'enfance et de la jeunesse** (CPEJ) est d'offrir aux jeunes et à leur famille des services de nature psychosociale*, tels que des services d'urgence sociale requis par la situation d'un jeune en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA) (anciennement Loi sur les jeunes contrevenants*). Placement d'enfants, médiation familiale, expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, adoption et recherche d'antécédents biologiques font aussi partie de leur mandat.

Les **centres d'hébergement et de soins de longue durée*** (CHSLD) ont le mandat d'offrir aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale*, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut. Les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que les services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation, font partie des autres tâches des CHSLD.

Le rôle des **centres de réadaptation*** (CR) est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences* physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial* ou familial ou de leur alcoolisme ou autres toxicomanies, requièrent de tels services. Il existe aussi des **cliniques privées** et des **organismes communautaires** qui contribuent à fournir les services de base.

1.2 LES PRINCIPES DU SYSTÈME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX[2]

Le système de santé et des services sociaux du Québec repose sur les mêmes principes et les mêmes convictions depuis plusieurs années. Ses principes sont les suivants :

- l'universalité ;
- l'équité dans l'accès aux services pour les citoyens ;
- le caractère public des services ;
- l'adaptation continue.

1.2.1 L'UNIVERSALITÉ

L'ensemble des services de santé et des services sociaux sont accessibles à tous les citoyens canadiens et aux immigrants vivant au Québec[3], sans discrimination. La collectivité québécoise considère que le réseau des services est un « bien public » à l'usage de tous, selon leurs besoins. La gamme des services assurés est déterminée par le gouvernement du Québec en fonction des besoins de la population, de l'évolution des connaissances et des ressources disponibles.

1.2.2 L'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES CITOYENS

Selon la Loi canadienne sur la santé, « L'accès raisonnable des personnes assurées à des services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires doit être libre de tout obstacle financier ou autre ». L'équité est un principe de droit fondé sur l'esprit de justice consistant à attribuer à chacun ce à quoi il a droit selon la justice naturelle. L'équité, ce n'est pas une question d'égalité de traitement, mais plutôt de justice pour tous dans le traitement. Il importe de faire en sorte que chaque citoyen, en fonction de ses besoins et des ressources disponibles, reçoive un service qui lui soit approprié.

L'accès aux services dépend généralement des trois éléments suivants :

- **Le prix** : au Québec, le financement des services « médicalement et socialement requis » est assuré par l'État à même ses revenus par le biais des impôts.
- **L'organisation des services** : toute la gamme des services ne peut être offerte dans chaque localité. L'accès à l'ensemble des services est organisé sur une base territoriale. Les services de base sont disponibles dans chaque territoire de CLSC ou de municipalité régionale de comté (MRC). Les services spécialisés sont organisés sur une base régionale ou suprarégionale, mais souvent répartis sur une base locale.
- **L'information** : l'information claire, précise et transparente doit marquer toutes les activités d'organisation et de prestation des services. Le service Info-Santé* CLSC a justement été créé pour répondre à ce besoin.

1.2.3 LE CARACTÈRE PUBLIC DES SERVICES

Le maintien du caractère public des services s'appuie sur deux constats :

- l'État est le mieux placé pour représenter l'intérêt public ;
- le financement public est le plus équitable.

1.2.4 L'ADAPTATION CONTINUE

Quatre tendances de fond marquent la transition que nous vivons actuellement :

- la demande de services se diversifie et se complexifie ;
- les soins et les services se déplacent vers le milieu de vie et le domicile des gens (virage ambulatoire*, virage milieu de vie) ;
- les technologies de l'information, notamment les outils qui aident à prendre des décisions cliniques ou administratives, se développent ;
- les services doivent répondre à un objectif de performance. La pertinence, la qualité et l'efficience sont devenues des notions dont tous les intervenants se soucient.

1.3 LA JURISPRUDENCE ENTOURANT LE RECOURS AUX INTERPRÈTES

Sachant combien les budgets sont souvent limités, quelles sont les raisons qui incitent le personnel en santé et services sociaux à recourir aux services d'un interprète ? L'importance de rendre les services accessibles, l'impact des coûts que des services non adaptés et mal compris peuvent avoir sur la santé du patient et sur le travail du professionnel en sont quelques-unes. Comme le mentionnaient Bowen et Kaufert[4] citant un document du *Office of Minority Health*[5], « La communication est une composante essentielle des services de santé. En l'absence d'une communication adéquate, on court un risque accru *d'incommunicabilité, d'erreurs de diagnostic*, de traitements inappropriés, de diminution de la compréhension et de l'observance du traitement de la part du patient, d'inefficacité clinique, de satisfaction réduite chez le soignant comme chez le soigné, de séquelles attribuables à des fautes professionnelles, et de mortalité*... ».

D'ailleurs, dans une décision de principe rendue en 1997, la Cour suprême du Canada a statué que les hôpitaux étaient tenus de fournir des interprètes à leurs patients sourds lorsque ceux-ci recevaient des soins médicaux[6]. Le juge confirmait qu'une communication efficace fait partie intégrante des services médicaux.

Selon la Loi canadienne sur la santé, « la politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ».

D'autres décisions commencent à constituer une jurisprudence. La Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec a reçu une plainte en discrimination contre un hôpital. À plusieurs reprises, l'hôpital avait refusé ou reporté des services demandés par des usagers néo-québécois non accompagnés d'un intermédiaire pouvant parler en leur nom. Il refusait aussi de défrayer les honoraires pour un interprète référé par un service d'interprétation initié à la demande du MSSS. À la suite de cette plainte, l'hôpital a conclu une entente hors cour tenant compte des droits des clients de bénéficier des services d'interprètes compétents. Maintenant, cet hôpital dispose d'une politique et a dégagé un budget pour l'interprétation et la traduction.

En 1990, la Cour suprême de Colombie-Britannique[7] a condamné le docteur Henri Pankratz à verser 1,3 million de dollars à un patient pour négligence lors d'un examen et d'un diagnostic[8]. Un ami de la famille du patient avait agi comme interprète auprès du médecin, or cet ami ne maîtrisait pas suffisamment l'anglais. « *La difficulté de communication aurait dû le* [le docteur] *rendre particulièrement soigneux dans la conduite de son examen physique et dans l'enregistrement des notes au dossier* », a déclaré le juge Finch.

Enfin, en 1999, un jugement[9] de la Cour supérieure du Québec a rappelé l'importance de la communication entre le soigné et le soignant et a mentionné que « *dans le cas d'absence de telle communication, il devient inévitable qu'il y aura privation de soins et de services* ». Ce jugement soulignait combien la communication avec le patient et sa famille est au cœur des soins et que l'établissement et le soignant devaient faire en sorte que cette communication s'établisse en dépit des barrières de langues.

COMPÉTENCES

2

DÉVELOPPER SES COMPÉTENCES EN INTERPRÉTATION

Il nous semble important de rappeler les principales balises qui orientent le travail de l'interprète professionnel. Ainsi, dans ce chapitre, nous préciserons les objectifs et le rôle de l'interprète en milieu social, puis nous proposerons des stratégies à privilégier lors de l'interprétation. Le code d'éthique ainsi que les droits et les devoirs des interprètes seront aussi abordés. Mais d'abord, rappelons ce que signifie « interpréter ».

2.1 LA NOTION D'INTERPRÉTATION

Diverses définitions de la notion d'interprétation peuvent être présentées. Avant d'en proposer, il est nécessaire de distinguer les termes **interprète** et **traducteur**. Un **interprète** est une personne qui facilite la communication entre deux individus qui ne parlent pas la même langue. Un **traducteur** est un spécialiste en communication écrite qui traduit des textes d'une langue à une autre, en transmettant le message le plus fidèlement possible.

L'Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec (OTTIAQ) propose cette définition de la notion d'interprétation : « *L'interprète réexprime oralement un message d'une langue en une autre, tout en restant fidèle au contenu du message plus qu'à sa forme* ». L'Association des traducteurs et interprètes de la Nouvelle-Écosse indique que l'interprétation est « *une activité professionnelle qui consiste à assurer la transmission verbale de messages oraux d'une langue dans une autre pour des interlocuteurs donnés.* » (ATINE, 1999).

La définition de Bélanger qui a recours à quelques aspects de ces deux conceptions est elle aussi intéressante : « *Interprétation : activité professionnelle qui consiste à réexprimer fidèlement ce qui est dit en une langue, dans une autre en tenant compte des personnes qui reçoivent le message.* »[10]

Nous optons donc pour une définition qui relie ces diverses conceptions :
« L'interprétation est une activité professionnelle qui consiste à réexprimer fidèlement le sens de ce qui est dit en une langue, dans une autre, en tenant compte davantage du contenu que de la forme du message et en considérant les caractéristiques des personnes qui reçoivent le message. »

Cette définition souligne l'importance de rechercher d'abord le sens de ce qui est dit et de tenir compte du contenu du message plus que de sa forme, puisque cette forme disparaît souvent, lorsque le message est retransmis dans une autre langue. En outre, il accentue l'importance de s'adapter aux caractéristiques des personnes en présence lors de l'acte d'interprétation, telles que niveaux de langue, scolarité, etc.

2.2 LES OBJECTIFS DE L'INTERPRÈTE[11]

L'interprète doit viser deux objectifs :

2.2.1 TRANSMETTRE LES CODES

Le rôle de l'interprète est de servir **d'intermédiaire linguistique**, de véhiculer les codes de communication présents (verbal et non verbal).

Pour y arriver, il doit donc :

- percevoir un message,
- l'emmagasiner en mémoire,
- en faire l'analyse et identifier les équivalences en langue d'arrivée,
- puis réexprimer le message dans la langue d'arrivée.

2.2.2 TRANSMETTRE LES CULTURES

Le rôle de l'interprète est aussi de servir d'**intermédiaire culturel**. L'interprétation est un acte de communication qui permet l'échange entre les personnes issues de cultures différentes. Interpréter est un art, il faut s'approprier les façons de faire de chacun et trouver les équivalences culturelles. Ainsi, si pour certains, serrer la main est la façon appropriée d'entrer en contact, pour d'autres un hochement de tête suffira. S'il est habituel d'avoir recours aux prénoms pour mettre les gens à l'aise dans certains milieux, d'autres s'attendront à ce qu'on s'adresse à eux par leur nom de famille.

L'objectif de l'interprète est donc de transmettre la totalité du sens du message. Le sens réside non seulement dans les mots, mais aussi dans le contexte, et dans le langage non verbal comme l'intonation, les gestes, la direction du regard, etc.

Pour y arriver, l'interprète devra porter attention à deux dimensions :

A. L'IMPORTANCE D'ÉTABLIR UN CONTACT POSITIF

L'interprétation repose en partie sur la relation qui sera établie entre les personnes concernées. L'interprète doit donc agir en ayant pour but le respect des gens. La qualité du **contact** qui est établi est donc un préalable à une interprétation de qualité. Une relation de qualité ne signifie pas qu'il faut rompre la neutralité ni qu'il faut démontrer de la froideur. Faire preuve d'empathie et transmettre la totalité du message avec ses incohérences éventuelles et le même cheminement de pensée n'empêchent pas d'établir un contact positif. Un certain degré de confiance doit exister. Cependant, il faut garder une certaine distance en contenant ses propres émotions et en prenant du recul par rapport à ses propres convictions.

B. LA NÉCESSITÉ DE TENIR COMPTE DU CONTEXTE

Comprendre et connaître le **contexte**, ses règles et les modes de fonctionnement du milieu permettront d'effectuer le travail de façon professionnelle. L'interprète est une personne qui doit concilier les règles du milieu et les normes de la profession. Pour cela, les divers thèmes du chapitre 3 lui seront utiles.

Quelles que soient les langues concernées, l'essentiel est de permettre, selon des paramètres linguistiques et culturels donnés, que les messages soient accessibles à chaque partenaire de la conversation.

2.3 LE RÔLE DE L'INTERPRÈTE EN MILIEU SOCIAL

Il existe diverses perspectives relatives à la définition du travail de l'interprète. Dans certains pays, on considère que l'interprète doit s'en tenir à un rôle strict d'interprétation. Dans d'autres milieux, on mentionne qu'il est impossible d'interpréter sans apporter des éclaircissements complémentaires sur la dimension culturelle nécessairement présente en contexte d'immigration. Enfin, certains iront même jusqu'à solliciter l'avis de l'interprète qui devient alors médiateur ou même cothérapeute. Cette multiplicité de points de vue entraîne une certaine diversité de termes associés au rôle de l'interprète tels qu'interprète communautaire, interprète de liaison, interprète de contact ou interprète culturel. Ce dernier terme est celui qui était couramment utilisé au Québec, lors des premières années de la banque d'interprètes. Aujourd'hui, plusieurs pays francophones et le Québec utilisent le terme « *interprète en milieu social* » (*community interpreter* en anglais). Il valorise la dimension linguistique et donc la recherche du sens de ce qui est dit, et favorise une certaine ouverture envers la dimension culturelle sans toutefois empêcher la nécessaire neutralité de l'interprète.

Ainsi, le rôle attendu de l'interprète portera sur l'adéquation de la communication qui doit être établie entre les personnes en présence. Il ne devra donc pas remplacer l'intervenant, ni prendre parti pour le client (aussi appelé le patient dans certains milieux) au détriment de l'intervenant, ni s'allier au patient contre l'intervenant ; il doit favoriser la communication de part et d'autre.

> **L'interprète en milieu social est celui qui transmet le sens de la communication verbale et non verbale entre des personnes de langue et de culture différentes. Il aide l'intervenant à comprendre les valeurs et les pratiques de la culture du client ; il aide aussi le client à comprendre la culture (et les sous-cultures) du pays hôte. Il doit interpréter le sens des concepts et des pratiques culturelles de part et d'autre grâce à des explications claires et brèves afin de maintenir la communication.**

2.3.1 VÉHICULER LES EXPLICATIONS CULTURELLES

L'intégration d'explications culturelles au cours de l'interprétation en milieu social est une dimension importante à considérer en contexte migratoire. Elle permet de mieux comprendre certaines résistances ou les motifs de refus de plans d'intervention.

En contexte interculturel, l'interprète doit donc transmettre le sens intégral et compléter, lorsque nécessaire, par des explications claires tout en évitant la multiplication des détails et des nuances en raison de contraintes de temps évidentes. En rendant explicite une information implicite dans le message original, il n'ajoute rien. L'acte d'interprétation vise à reproduire le même effet chez celui qui reçoit le discours énoncé dans la langue de départ (l'interprète) que chez celui qui écoute le discours interprété dans la langue d'arrivée (le client).

Cependant, comment arriver à conserver la confiance de l'intervenant tout en valorisant l'importance de cette dimension ? Pour véhiculer le complément culturel, trois modalités peuvent être utilisées :

a) En **interprétant de façon adéquate**, avec le même sens et la même intensité, tout ce qui est dit ; les répliques de chaque personne favoriseront l'apport complémentaire des informations culturelles requises.
b) En **attirant l'attention de l'intervenant** sur une dimension qui semble être incomprise ou en lui proposant de questionner davantage l'usager sur un sujet particulier.
c) En **proposant d'apporter lui-même des explications** d'ordre culturel avant, pendant, ou après la rencontre. Pour cela, demander d'abord l'autorisation de le faire.

2.3.2 Tenir compte des sous-cultures

L'interprète doit non seulement bien connaître la culture dont est issu le client, ainsi que la culture québécoise, mais aussi s'adapter rapidement à la diversité des services, des institutions et des catégories de professionnels. Il devra donc vite se repérer au sein de ces sous-cultures organisationnelles et professionnelles.

La **culture organisationnelle** d'un établissement est repérable à partir de sa mission, de son histoire, des valeurs associées à la gestion de son personnel et des modes d'organisation des services offerts à la clientèle. Par exemple, un hôpital anglophone fondé au cours du 19e siècle au cœur de la ville peut promouvoir une vision fort différente de la clientèle, du patient, des relations interethniques comparé à un hôpital francophone, plus récent et situé dans un environnement plus monoethnique. Ainsi, les politiques du multiculturalisme et de l'interculturalisme risquent d'influencer différemment la mise en place d'un service. L'interprète ne s'étonnera donc pas de découvrir que les orientations d'une institution peuvent différer. La tendance vers le regroupement de plusieurs hôpitaux ne signifie pas que cette diversité disparaîtra.

Chaque groupe de professionnels a lui aussi sa propre perception de ce que doit être la qualité d'un service. La **culture professionnelle** acquise lors de la formation ou lors de la pratique de la profession est constituée d'un ensemble de représentations de ce qu'est la profession et son activité. Par exemple, dans le domaine de la santé, la « conception du corps » qu'entretiennent les médecins oriente grandement la culture médicale. Le corps est à la fois le lieu d'expression des signes et des symptômes* ressentis par le patient et une cible pour les interventions biophysicochimiques, de même qu'un médiateur de contacts lors de l'examen physique. Certains praticiens, dont la tâche est de « réparer le corps pour l'aider à fonctionner », ont cette conception du corps comme « corps-machine ». Chez les infirmières, une autre conception du corps, plus intégrée et associée à la globalité du patient, prédomine. L'interprète peut donc faire face à ces deux conceptions du corps, « biologique-objet-machine » et « corps-personne », qui constituent des représentations professionnelles susceptibles de différer.

Au sein d'une même catégorie professionnelle, la **diversité des approches** adoptées peut aussi constituer d'autres sous-cultures à l'intérieur d'une même profession. Ainsi, dans le domaine des sciences infirmières, on peut parfois repérer trois approches distinctes, mais non mutuellement exclusives, des soins infirmiers :

- le **modèle biomédical** se concentre sur l'aspect physiologique de la personne et sur une approche de *curing* ; soigner la maladie de la personne est ce qui importe.
- le **modèle biopsychosocial** s'intéresse davantage à l'ensemble de la personne, à ses capacités d'adaptation à son milieu et à l'importance du *caring*, soit la nécessité de prendre soin de la personne.
- le **modèle d'autonomisation** vise la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même et à interagir avec le milieu ; ici, il faut éduquer pour rendre autonome.

Qu'elle soit préoccupée par l'état de santé du malade, par la personne malade ou par la façon de rendre la personne capable de se prendre en charge, lorsqu'elle réintègre son environnement, l'intervention de chaque infirmière sera différente. L'interprète devra donc apprendre à se situer rapidement par rapport à la culture professionnelle d'un groupe d'intervenants, mais aussi par rapport aux diverses approches privilégiées par les professionnels de la santé.

2.4 LES STRATÉGIES DE L'INTERPRÈTE

STATÉGIES PROPOSÉES	RAISONS
2.4.1 AVANT LA PÉRIODE D'INTERPRÉTATION	
1. Dès que vous êtes appelé pour agir comme interprète, demandez des informations sur le contexte dans lequel vous aurez à interpréter.	Pour faire le point sur les fonctions qu'exige le type d'organisme qui fait appel à vos services et sur les particularités reliées au contexte dans lequel vous allez interpréter, et aussi pour mieux vous préparer au vocabulaire spécifique utilisé.
2. Lorsqu'une rencontre n'est pas possible, demandez le moment le plus approprié pour un entretien téléphonique visant l'échange d'informations.	Permet de mieux comprendre comment procéder et aide à faire connaissance.
3. Assurez-vous de bien comprendre l'objet de la rencontre.	La préparation psychologique en sera facilitée.
4. Vérifiez quel est le nom du client si possible.	Pour vous assurer qu'il n'existe pas de conflit d'intérêts ou de lien de parenté et pour ne pas devoir vous désister à la dernière minute.
5. Demandez l'heure du rendez-vous et vérifiez si une personne viendra vous rejoindre ou si vous devrez vous rendre à un endroit particulier.	Pour vous assurer que vous ne demeurerez pas seul(e) avec le client afin d'éviter de créer un lien particulier avec lui et pour rappeler votre présence à l'organisme afin de lui éviter si possible de payer un trop long temps d'attente.
6. Informez-vous sur la durée prévue de la rencontre.	Pour planifier vos rendez-vous et prévoir vos temps de déplacement.
7. Proposez à l'intervenant de le rencontrer quelques minutes avant l'entretien et expliquez-lui l'importance de cette rencontre et la nécessité d'adapter son niveau de langue à celui du client.	S'il s'agit d'un nouveau dossier, si vous êtes peu familier avec les services de ce type d'organisme ou si l'intervenant n'a pas l'habitude de travailler avec un interprète, cela facilitera le travail de chacun.
8. Déterminez avec l'intervenant de quelle façon seront faites les présentations. L'intervenant devrait d'abord se présenter au client et ensuite vous présenter (mais éviter de donner des informations personnelles comme votre nom ou prénom) et expliquer votre rôle.	Il s'agit d'un moment important pour faire savoir qui est responsable de l'entretien ; il est préférable de laisser l'intervenant faire les présentations.
9. Songez à choisir des vêtements soignés et neutres.	Vos vêtements peuvent contribuer à influencer la perception que chacun aura de vous.

STATÉGIES PROPOSÉES	RAISONS
10. Proposez à l'intervenant de saluer lui-même le client par les salutations d'usage et apprenez au personnel comment prononcer le nom du client, s'il y a lieu.	Le respect des codes d'entrée en communication est indispensable pour établir la confiance du client. Le nom constitue une dimension identitaire souvent très importante. Apprendre comment dire bonjour, au revoir ou merci dans la langue du client peut aussi aider.
11. Expliquez à l'intervenant l'importance de définir immédiatement son propre rôle au client, puis celui de l'interprète, et de l'informer de l'impartialité de l'interprète et de la confidentialité des échanges.	Cela permettra d'établir la neutralité de l'interprète et de faire comprendre au client qui est la personne qui dirige l'interaction.
2.4.2 Au début de l'interprétation	
1. Choisissez ou demandez une disposition physique qui permette à chacun de garder le contact avec les interlocuteurs. La disposition en triangle est souvent appréciée.	Cela facilite le contact et la mise en confiance et favorise une meilleure compréhension des rôles de chacun.
2. Informez l'intervenant et le patient de la façon dont vous aimeriez procéder pour interpréter. Ils devront : • parler lentement ; • faire de courtes phrases ; • prévoir des pauses ; • observer le client ; • s'attendre à l'usage de périphrases pour interpréter certains mots qui n'existent pas dans l'autre langue.	Cela vous permettra d'effectuer votre travail de façon plus efficace. De plus, l'interprétation, phrase par phrase (ou par courte étape) est plus sûre et réduit le risque d'omissions. La position et le regard vers le client permettent à ce dernier de se percevoir comme étant le sujet principal de l'intervention.
3. Prévenez vos interlocuteurs de l'éventualité d'avoir à prendre des notes, d'utiliser un lexique ou un dictionnaire si le contexte l'exige.	Cela rassurera l'intervenant et le patient et facilitera leur collaboration. Cela facilitera l'interprétation (retransmettre la posologie, les dates importantes...).
4. Prévenez le client de l'importance de ne pas vous faire de remarques ou de confi-dences personnelles qu'il ne souhaite pas transmettre à l'intervenant.	Comme vous êtes tenu d'interpréter tout ce qui est dit, cela vous permettra d'éviter des conflits moraux et facilitera votre neutralité.
5. Informez le client et l'intervenant de la possibilité d'avoir à l'interrompre à certains moments.	Pour préparer le client et l'intervenant aux frustrations de l'interruption et obtenir leur collaboration.

STATÉGIES PROPOSÉES	RAISONS
2.4.3 PENDANT LA PÉRIODE D'INTERPRÉTATION	
1. Arrêter l'intervenant ou le client lorsque nécessaire : • pour procéder à des explications ; • pour lui demander des clarifications ; • pour véhiculer une information d'ordre culturel ; • pour prévenir l'intervenant lorsqu'il doit expliquer quelque chose au client (et vice-versa).	Afin de bien véhiculer le sens de ce qui est émis de chaque côté et pour maintenir la répartition du pouvoir entre l'intervenant et le client. Cela permet de rassurer le client et de lui faire comprendre que vous ne cherchez pas à prendre parti pour l'intervenant.
2. Ne laissez pas l'intervenant vous transférer la responsabilité du dossier.	Ce n'est pas votre rôle et c'est l'intervenant qui possède l'expertise.
3. Interprétez le sens de toutes les informations verbales ou non verbales.	Il arrive que l'intervenant ne perçoive pas certaines informations non verbales ou qu'il ne décode pas adéquatement le sens d'un message ambigu sur le plan culturel.
4. Si nécessaire, rappeler à l'intervenant la nécessité d'ajuster son niveau de langue aux caractéristiques du client.	Afin de maintenir une compréhension mutuelle.
5. Évitez de juger ou d'exprimer vos opinions ou de résumer les échanges.	Dès qu'il y a résumé, il y a choix d'informations et donc perte possible d'éléments nécessaires.
6. Ne discutez pas du cas en présence du client, il comprend peut-être quelques mots de français ou d'anglais.	Le client pourrait avoir l'impression qu'on décide de son sort sans le consulter.
7. Évitez d'influencer le client à propos d'une décision qu'il doit prendre.	Si le client ne sait pas quelle décision prendre, c'est peut-être qu'il ne comprend pas toutes les données de la situation. Il appartient à l'intervenant de s'assurer de cette compréhension.
8. Écrivez les sujets abordés (éléments importants, dates, chiffres, posologie, énumération de noms...).	Cela vous permettra de conserver votre concentration et facilitera la totalité de la retransmission du message.
9. Si la situation ou les sujets deviennent trop émotifs et risquent d'affecter la qualité de l'interprétation, il est préférable de demander à l'intervenant d'arrêter l'interprétation.	Cela peut parfois être nécessaire pour conserver votre neutralité.

STATÉGIES PROPOSÉES	RAISONS
2.4.4 APRÈS LA PÉRIODE D'INTERPRÉTATION	
1. Prévoyez une brève rencontre avec l'intervenant pour revenir sur l'entretien. Si vous avez remarqué quoi que ce soit d'utile à l'intervenant, veuillez l'en aviser en privé, à la suite de l'interprétation.	Pour faire le point sur l'entretien et pour donner des informations sur des éléments culturels peu connus de l'intervenant.
2. Ne répondez pas à une demande de l'intervenant à propos de ce que vous pensez de la personne ou de son honnêteté.	Cela ne fait pas partie de votre travail d'interprète. Vous pouvez cependant donner votre avis sur le plan culturel, s'il y a lieu.
3. Évitez de donner votre numéro de téléphone au client ou au patient, votre nom de famille (ou prénom) ou votre adresse.	Si vous le faites, soyez conscient qu'il s'agit alors de bénévolat. Il serait important dans ce cas de tenir l'intervenant informé.
4. Si vous devez entrer en contact avec le client, assurez-vous d'utiliser le code *67 avant de composer le numéro de téléphone. Ce code vous permet de ne pas afficher votre numéro de téléphone.	Pour conserver votre vie privée et faciliter votre objectivité.
5. Ne discutez pas du cas avec d'autres personnes ; il s'agit de confidentialité.	Pour respecter votre code d'éthique.
6. Essayez de ne pas partir en même temps que le client.	Pour éviter l'échange de confidences et la demande de services additionnels risquant de porter atteinte à la neutralité de l'interprète.

2.5 L'ÉTHIQUE DE L'INTERPRÈTE

Le code de déontologie des interprètes de la Banque interégionale d'interprètes

En tant qu'interprète, vous devez en tout temps adopter un comportement et une attitude professionnelle.

1) Interprétez la totalité du code verbal et du code non verbal, aussi **fidèlement** que possible.

2) Interprétez le sens de tout ce qui est dit ou émis, **sans rien omettre, sans rien changer et sans rien ajouter**.

3) Demeurez **neutre**, ne prenez pas parti ni pour un organisme (MRCI, agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux [anciennement régies régionales, organisme communautaire...], ni pour aucune des personnes concernées.

4) Respectez les valeurs (religieuses, politiques, sociales, morales ou esthétiques...) des personnes pour qui vous interprétez. Vos opinions ne doivent pas influencer votre interprétation ; vous devez rester **objectif**.

5) Respectez le secret de tout renseignement relatif au client, qu'il soit ou non obtenu dans l'exercice de la profession. Comme interprète, vous êtes absolument tenu au secret professionnel. Cette **confidentialité** concerne les supérieurs, les collègues et la famille. Le secret professionnel continue d'exister même lorsque vous n'êtes plus en fonction. Cette information ne peut être dévoilée que lorsque légalement exigé.

6) Abstenez-vous, dans la limite du possible, d'interpréter dans une situation de **conflit d'intérêts** ou d'apparence de conflit d'intérêts :
   - n'interprétez pas pour un parent ou un ami ;
   - n'interprétez pas pour un client de l'organisme pour lequel vous travaillez.

7) Fournissez des services d'interprétation avec compétence, d'une manière **efficace et rapide.**

8) Comme interprète, **vous ne pouvez accepter de rémunération**, de cadeau ou toute autre forme de récompense de la part du client.

9) Vous n'avez pas le droit de solliciter du travail directement des familles ou des professionnels.

10) Interprétez en ayant recours le plus possible à la première personne, c'est-à-dire en utilisant **la forme du « je ».**

N'oubliez pas que vous n'avez pas le droit d'accepter de demandes d'interprétation directement de la part d'un professionnel ou d'un client

2.6 LES DROITS ET LES DEVOIRS DE L'INTERPRÈTE

L'interprète a des responsabilités, mais il doit aussi pouvoir bénéficier, comme tout professionnel, de conditions particulières pour bien exécuter son travail. Il lui appartient donc de s'affirmer et de faire connaître ces conditions, de manière ferme, mais respectueuse.

1) L'interprète n'est pas responsable de l'exactitude ni de la vérité des informations fournies par les diverses parties.

2) L'interprète ne peut être relevé du secret professionnel que lorsque la loi l'ordonne.

3) L'interprète a droit à des pauses pour bien faire son travail ; un autre interprète devrait être prévu (ou une pause) si la séance d'interprétation est intense et si elle se prolonge sur plusieurs heures.

4) L'interprète doit demander des clarifications lorsque le message n'est pas clair. Il a le droit de se tromper, mais pas de tromper.

5) L'interprète a le droit de demander, avant l'interprétation, des informations sur l'identité du client et sur l'objet de l'interprétation afin de mieux se préparer au travail à effectuer.

6) L'interprète a le droit, lorsque plusieurs personnes sont présentes, de demander que soit précisée la personne pour laquelle il doit interpréter et d'exiger d'interpréter dans un contexte le moins bruyant possible.

7) L'interprète a le droit de refuser d'interpréter lorsqu'il a de bonnes raisons de croire que ses propres valeurs ou convictions peuvent nuire à la qualité de l'interprétation, que ses compétences ne lui permettent pas d'interpréter de façon appropriée ou encore lorsqu'il pense se trouver en conflit d'intérêts ou en apparence de conflit d'intérêts.

8) L'interprète a le droit d'être traité avec respect et n'est pas tenu d'accepter que sa vie soit mise en danger. S'il est menacé, il a droit à la protection de l'organisme qui fait appel à ses services.

9) L'interprète a aussi la responsabilité d'utiliser des stratégies pour ventiler ses propres émotions tout en respectant la confidentialité (échanges entre interprètes, sports, sorties, consultation de personnes ressources...).

10) L'interprète doit tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances et des moyens dont il dispose pour faire son travail.

11) L'interprète se doit de développer ses compétences linguistiques et culturelles de façon continue. La langue évolue, la culture change et les contextes d'interprétation sont variés (préparer un carnet de vocabulaire, prendre en note les expressions nouvelles, suivre du perfectionnement, etc.)

DOMAINES

3

DIVERS DOMAINES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

3.1 LES PROGRAMMES EN PÉRINATALITÉ

1. CARACTÉRISTIQUES

La Politique québécoise de périnatalité* (1993) reconnaît que toutes les femmes et tous les hommes vivent un moment important de leur vie à l'arrivée de leur bébé et qu'ils ont besoin de la communauté pour les soutenir dans leurs nouveaux rôles.

Le portrait des services actuels en périnatalité **en CLSC**, bien que différent d'un territoire à l'autre, inclut des mesures universelles et des mesures pour des clientèles spécifiques :

Par **mesures universelles**, on entend :
- Des rencontres prénatales, parfois avec des critères de sélection ;
- Un appel téléphonique et une visite postnatale à domicile ;
- Des activités de soutien à l'allaitement sous forme d'information ou de clinique d'allaitement.

Par **mesures spécifiques**, on entend :
- Le Programme OLO* ; œuf, lait, orange quotidiens (prévention en nutrition prénatale) ;
- Le Programme Naître égaux - grandir en santé (NEGS) pour femmes enceintes à risque ;
- Le Programme canadien de nutrition prénatale ;
- Des services individuels aux femmes à risque et défavorisées ;
- Des groupes de stimulation précoce.

Les services **en milieu hospitalier** se sont transformés au cours des dix dernières années ; on remarque maintenant la création de chambres de naissances*, la fin des pouponnières et la promotion de la cohabitation mère-enfant et de l'allaitement. De plus, on pourra bientôt donner aux femmes du Québec le choix de se faire accompagner par une sage-femme* à l'hôpital tout comme elles peuvent l'être actuellement, dans les **maisons de naissances***.

2. FONCTIONNEMENT

Tous les **CLSC** ont une unité Enfance-Famille (ou autre nom) qui offre un soutien particulier aux femmes enceintes et aux parents de jeunes enfants vivant dans des conditions difficiles. Tous assurent au besoin un suivi infirmier, nutritionnel ou social, incluant des **visites à domicile** et la **référence** aux organismes communautaires pour les familles. Plusieurs donnent des suppléments alimentaires (oeufs, lait, oranges) pendant une partie de la grossesse.

Le **premier contact**, et souvent l'essentiel du suivi, se fait avec une infirmière, qui est habituellement perçue comme moins menaçante que la travailleuse sociale par certaines personnes. Ce premier contact a lieu dès réception de l'avis de grossesse : il vise à procéder au dépistage et à fournir de l'information sur les services disponibles en CLSC et dans la communauté. Des rencontres prénatales ont lieu pour une grande partie des mères primipares*. En outre, une consultation postnatale systématique est effectuée par une infirmière, à domicile. De plus, un service de vaccination de base, lors de cliniques, offre dépistage, information et soutien à l'allaitement ainsi que du soutien parental. Enfin, des programmes de soutien au développement de compétences parentales sont aussi mis en place.

C'est souvent lors de **visites à domicile** qu'un interprète peut être requis, ou lors d'activités de groupe sur le soutien parental. À ce moment-là, un service de garde est parfois offert à certaines familles pour la durée de cette activité.

3. PROBLÉMATIQUES

La façon dont les gens se préparent à la naissance d'un enfant peut varier considérablement : certains feront immédiatement **l'annonce de leur état**, prépareront les vêtements et achèteront tout le nécessaire pour la chambre du nouveau-né ; d'autres préféreront éviter d'en parler pendant plusieurs mois et seront contre l'idée de procéder à des préparatifs, de peur d'attirer le mauvais sort sur l'enfant. Dans les deux cas, ces mères sont tout aussi soucieuses de l'enfant à venir. Pour certaines familles, l'étape de préparation à l'accouchement, est constituée **de conseils** des membres de la famille proche et de la mise en place d'une ambiance positive. Pour d'autres, le suivi médical et les séances de préparation à la naissance permettant des questions sur les risques possibles sont encouragés. Cette dernière approche inquiète certaines mères, celles qui accordent plus d'importance au climat positif à établir qu'aux soins cliniques et aux tests. D'ailleurs, lors de ces rencontres, les explications détaillées sur l'anatomie de la femme et sur l'accouchement, mettent certaines femmes mal à l'aise. Lors de l'accouchement, la diversité des attentes concernant le **recours aux analgésiques** pour contrôler la douleur et à la technologie varie beaucoup au Québec. Ces attentes sont souvent reliées aux conceptions de l'enfantement, perçu comme un évènement naturel ou comme une étape à maîtriser, grâce à la science. De plus, pour mieux contrôler les douleurs de l'accouchement, certaines femmes vont privilégier les massages alors que d'autres apprendront les techniques de psychoprophylaxie*. Au moment de l'arrivée du bébé, **les félicitations**, l'émerveillement et la prise du bébé sont appréciées, par certaines ; d'autres en profiteront pour s'isoler, se recueillir et prier pour célébrer cette naissance. Le nouveau-né est pourtant partout apprécié.

Les **périodes d'isolement** pour permettre à la mère de se reposer sont encore pratiquées par plusieurs familles. C'est un moment privilégié pendant lequel la mère est entourée de soins et maternée par l'entourage féminin. Cependant, le contexte migratoire ne permet pas toujours de poursuivre cette pratique en raison de l'absence de la famille élargie ; cette situation augmente la vulnérabilité de ces femmes. De plus, les pratiques actuelles obligent la femme à un retour au domicile dans les 24 ou 48 heures suivant son accouchement. Cela les incite à se prendre immédiatement en main. Bien des femmes éprouvent alors des sentiments de solitude, de tristesse et de fatigue, même lorsque le conjoint leur offre tout son soutien. Elles s'attendaient plutôt à une prise en charge par le milieu hospitalier, le personnel des groupes communautaires et la famille. Ce choc de valeurs entre interdépendance et autonomie peut créer des frictions entre le personnel et la famille. L'obligation de se retrouver entre couple, plutôt qu'avec la famille élargie, contraint les hommes et les femmes à revoir les rôles de chacun.

Notons en outre que les **rituels d'accueil** du nouveau-né peuvent varier considérablement ; pour certains, la décoration de la chambre et la préparation des vêtements de l'enfant sont des signes d'accueil importants. Pour d'autres, les massages à l'huile, les objets de protection contre le mauvais œil et les soins du nombril avec du henné ou du khôl pour prévenir les infections sont plus importants. Le personnel ne doit pas conclure que la vie du bébé est en danger parce que des parents épinglent une main de Fatma aux vêtements de l'enfant ou qu'ils glissent un kirpan miniature sous son oreiller.

Les **régimes alimentaires** proposés lors de la grossesse ou après l'accouchement ne tiennent pas toujours compte de certains tabous alimentaires, d'intolérances majeures (lait) ou du végétarisme prédominant chez certains groupes. Les raisons qui incitent une femme à allaiter et à poursuivre **l'allaitement** peuvent aussi différer ; certaines connaissent fort bien les bienfaits de l'allaitement ; pour d'autres, la nécessité de retourner travailler, l'inconfort de donner le sein en public, les croyances relatives à la qualité de leur lait ou le recours habituel à des préparations lactées dans leur pays les conduisent à abandonner parfois trop rapidement l'allaitement. Cependant, là où certaines religions sont présentes telle que l'Islam, l'allaitement est très encouragé et même recommandé.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Soyez attentif aux sujets délicats qui risquent d'être abordés en accompagnant un professionnel à domicile. Interprétez avec doigté les sujets intimes tels que le retour des menstruations ou la reprise de l'activité sexuelle dans le couple. Discutez avec l'intervenant des sujets dont il sera question avant l'interprétation ; cela facilitera votre interprétation.

- ❒ N'hésitez pas à demander des précisions à l'intervenant si vous ne comprenez pas ce qui est dit.

- ❒ Avant la rencontre, informez l'intervenant des sujets qui risquent d'être embarrassants. Si une rencontre préalable s'avère difficile, suggérez un rendez-vous téléphonique. Lorsque ces questions s'avèrent essentielles, suggérez de préciser le motif de la question qui va être posée.

- ❒ Dans certains cas, suggérez à l'intervenant de transformer sa question sous une forme plus indirecte, afin d'obtenir la même information. Par exemple, au lieu de demander : « Êtes-vous mariée ?» il est parfois préférable de demander « Depuis combien de temps êtes-vous mariée ?»

- ❒ Évitez cependant de présumer que la famille ne voudra pas parler de certains sujets.

- ❒ À domicile, face à un conjoint qui répond aux questions adressées à sa femme, expliquez qu'il peut s'agir d'un père qui prend soin de sa famille et qui démontre son sens des responsabilités. Suggérez à l'intervenant de se donner un peu plus de temps avant de conclure à une tentative du mari de soumettre sa conjointe. Savoir démontrer du respect au chef de famille et prendre le temps d'établir d'abord un contact positif aideront à l'établissement d'un climat de confiance. Cela permettra sans doute d'obtenir par la suite l'autorisation de s'adresser directement à la conjointe.

- ❒ Dans certaines circonstances (classes d'activités de soutien parental), informez l'intervenant que la discussion de sujets intimes en grands groupes ou en présence des hommes peut être source de gêne et rendre certaines femmes totalement silencieuses. Suggérez à l'intervenant de valider les sujets dont elles veulent discuter, avant les classes, en raison de l'importance de la dimension culturelle à propos de ce thème.

5. TERMINOLOGIE

Aménorrhée
Absence du flux menstruel, en dehors de l'état de grossesse, chez une femme en période d'activité génitale.

Amniocentèse
Ponction de liquide amniotique permettant de déceler des troubles du métabolisme fœtal, des anomalies chromosomiques et de déterminer le sexe du fœtus.

Échographie
Technique d'imagerie indolore, utilisant les ultrasons.

Éclampsie
Affection grave atteignant les femmes enceintes, caractérisée par des convulsions et accompagnée de coma.

Ectopique
Relatif à la situation anormale d'un organe ; exemple : grossesse ectopique, extra-utérine, etc.

EEG (Électroencéphalogramme)
Courbe obtenue par électro-encéphalogramme ; enregistrement graphique des variations de potentiel électrique qui se produisent de façon continue au niveau de l'écorce cérébrale et qui constituent les manifestations électriques de son activité.

Endomètre
Revêtement interne de l'utérus, dont la couche superficielle est renouvelée lors de chaque cycle menstruel.

Épisiotomie
Incision pratiquée lors d'un accouchement pour éviter les déchirures.

Flore vaginale
Bactéries normalement présentes dans le vagin, ne provoquant aucun trouble et protégeant contre des champignons microscopiques et infectieux.

Fœtus
Produit de la conception, encore renfermé dans l'utérus, ayant passé le stade d'embryon et commençant à présenter les caractères du nouveau-né.

Fontanelle
Espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, qui ne s'ossifie que progressivement au cours de la croissance.

Génital
Relatif aux organes de la reproduction chez l'homme ou la femme.

Génito-urinaire
Qui a rapport aux fonctions de la reproduction et à l'excrétion urinaire.

Layette
Ensemble des vêtements, du linge qu'utilise le jeune enfant de la naissance à 18 mois environ.

Méconium
Nom donné aux matières intestinales que le fœtus expulse peu après sa naissance.

Microcéphalie
Petitesse du crâne due à un arrêt de développement du cerveau.

Obstétrique
Partie de la médecine qui traite des accouchements, de la grossesse.

Ovariectomie
Enlèvement d'un ou des deux ovaires.

Péridurale
Anesthésie par injection d'anesthésique entre les vertèbres et la dure-mère (une des trois méninges), soit dans la région dorsale.

Périnatal
Relatif à la période précédant ou suivant la naissance.

Placenta
Masse charnue et spongieuse qui entoure le fœtus dans l'utérus.

Primipare
La personne qui accouche pour la première fois.

Psychoprophylaxie
Cette méthode est souvent appelée « préparation à l'accouchement sans douleur ». Elle consiste à dédramatiser l'accouchement en réduisant l'angoisse de l'inconnu, à maîtriser la douleur, et à diminuer les tensions au moment de l'accouchement. Les cours proposent des exercices de relaxation et de respiration, décrivent l'accouchement et ses suites.

Sage-femme
Personne qui a acquis les qualifications requises pour être légalement habilitée à exercer le métier de sage-femme. Elle doit être en mesure de donner les soins et les conseils nécessaires aux femmes durant la grossesse, le travail et la période post-partum, de se charger de l'accouchement et de dispenser des soins aux nouveau-nés et

aux nourrissons.

Service de relève

Service offrant un répit de courte durée à la famille et aux aidants naturels qui s'occupent des soins du patient à la maison.

3.2. LES PROGRAMMES ENFANCE-FAMILLE

1. CARACTÉRISTIQUES

Les programmes **enfance-famille** font partie d'un certain nombre de programmes ou de services de base offerts à la population. Ils sont destinés surtout aux familles vulnérables et à leurs enfants. Ils privilégient des activités qui visent à favoriser le développement d'une grossesse normale et à assurer le développement optimal des jeunes enfants. Ils s'adressent donc à des familles qui accueillent un nouvel enfant, à des familles avec de jeunes enfants ou à des familles issues de l'immigration et éprouvant des difficultés d'adaptation sociale. Ils visent aussi les familles en difficulté, celles qui sont en crise ou en deuil ; les familles éclatées, monoparentales, recomposées ou traditionnelles, ainsi que les femmes présentant des grossesses à risque. Ces services sont donc accessibles aux femmes enceintes, aux nourrissons, aux enfants ainsi qu'à leurs parents. Leur but est de soutenir chacune de ces clientèles pour leur permettre de développer un état d'équilibre et de bien-être optimal.

Ces programmes ont pour objectif de favoriser la naissance d'enfants en santé, leur développement et leur croissance, tout en assurant aux parents le soutien nécessaire à de bonnes relations parents-enfants et à l'autonomie de la famille. L'approche privilégiée est d'une part **éducative** : on offre des informations sur diverses ressources et sur les moyens de prévention de certaines maladies. On effectuera aussi du **dépistage** lors de vaccinations ou pendant les visites à domicile pour identifier des situations à risque. D'autre part, on assurera l'**évaluation** et le **traitement** de la clientèle et on planifiera un **plan d'intervention**. Parfois la clientèle sera aussi **référée** à d'autres ressources tels les hôpitaux, les centres jeunesse etc.

2. FONCTIONNEMENT

En général, les activités sont offertes pour répondre aux besoins des clients qui effectuent des demandes individuelles sur place ; ils peuvent alors être orientés vers d'autres services, y compris les services enfance-famille. Ils peuvent aussi être référés par un hôpital, par exemple dans des cas de cancer, de toxicomanie, etc. Des infirmières, en visite à domicile ou préposées aux vaccinations, peuvent aussi référer des clients. Il peut arriver que ce soit au cours de séances prénatales ou lors des programmes LOV* ou OLO* que certaines femmes parleront de leurs besoins et qu'elles seront orientées vers les programmes enfance-famille. D'autres activités sont parfois mises en place de façon collective, pour effectuer de la prévention portant sur différents thèmes : étapes de développement de l'enfant, relations familiales et interpersonnelles, discipline et autorité, nutrition, etc. Enfin, certaines activités sont mises sur pied dans le cadre de partenariat avec d'autres organismes du territoire, tels que les écoles, les centres de la petite enfance, etc.

La gamme des services offerts dans le cadre du programme enfance-famille est variée. En voici quelques uns : rencontres pré et post natales, suivis de grossesse et accouchement, cliniques de surveillance de la santé des enfants (ateliers de nutrition pour nourrissons ou mères enceintes, pour adultes, etc.), cliniques de vaccination, santé scolaire primaire (soins infirmiers et consultations psychosociales*), santé dentaire, nutrition. D'autres services concernent les consultations psychosociales pour les familles à risque, et touchent la violence psychologique*, les abus sexuels*, les troubles d'apprentissage, la recomposition familiale, la détresse psychologique, le décrochage scolaire. Certains services tels que halte-garderie, répit, groupes de stimulation, camps de vacances ou consultation et services en orthophonie, sont offerts en concertation avec d'autres organismes.

Ces services doivent être assurés dans le respect des **droits des usagers** (voir annexe 1). Il faut aussi respecter la confidentialité sauf dans les cas ou sa vie est en danger ou que l'ordre public est concerné.

3. PROBLÉMATIQUES

La difficulté de **communiquer** en français rend plus complexe l'organisation des ateliers pré ou post natals et peut nécessiter des stratégies particulières d'interprétation. De plus, la **culture** des divers groupes entraîne des obligations et des interdits qui couvrent une grande variété de domaines tels que les pratiques alimentaires ou vestimentaires. Une attention particulière devra être portée au type d'alimentation valorisé, aux changements provoqués par l'immigration et aux substituts alimentaires que les femmes enceintes n'arrivent pas toujours à repérer ou à se procurer. L'importance de certains rituels entourant la naissance, le choix des personnes pouvant assister la mère, les coutumes de pudeur associées au corps, les périodes de repos favorisées, le nombre et le rôle des personnes faisant partie de la famille élargie dans le nouveau pays constituent des pratiques importantes qui risquent d'être différentes d'une famille à l'autre. Il en est de même des modes de correction utilisés auprès des enfants, des rôles attribués aux parents et des modes d'éducation favorisés. Les activités de stimulation davantage sociale, pratiquées dans certaines familles élargies et les rapports entre hommes et femmes constituent d'autres moments importants qui risquent de causer des heurts de part et d'autre.

En outre, les **conceptions** de ce qui constitue une bonne hygiène, les façons d'interpréter un handicap* ou une maladie influencent les plans d'intervention proposés. Enfin, le fait de viser parfois très tôt le développement de l'autonomie ne constitue pas nécessairement une valeur universelle. Même si la plupart des nouveaux arrivants sont souvent à l'aise d'adopter les pratiques du pays d'accueil, il peut arriver que dans certaines circonstances, ils se sentent mal à l'aise et préfèrent cesser leur participation plutôt que de manifester tout haut leur inconfort. L'intervenant devra donc développer une attention particulière et savoir adapter son mode d'intervention et son choix d'activités aux besoins réels de cette clientèle. L'interprète pourra dans certaines circonstances attirer l'attention de l'intervenant sur cet aspect.

Des **erreurs de diagnostics*** relatives à des problèmes de développement émergent parfois lorsque les intervenants se réfèrent à des normes staturo-pondérales* ou à des critères de poids à la naissance non adaptés aux enfants de divers groupes ethniques.

La plus ou moins grande rapidité avec laquelle un enfant développe ses **capacités langagières** est parfois reliée aux langues parlées à la maison et aux circonstances au cours desquelles elles sont utilisées. Ce sont souvent les garderies qui commencent à dépister les troubles langagiers ; ils peuvent être associés à des troubles émotifs, à des problèmes de surdité ou à des particularités du contexte de l'enfant. Ces évaluations sont particulièrement importantes pour l'avenir de l'enfant et ces retards langagiers sont parfois difficiles à évaluer de façon appropriée, surtout lorsque le processus migratoire vient complexifier l'environnement de l'enfant.

Enfin, le **stress*** vécu par certaines familles lors des premières années d'installation, l'insécurité de leur statut, les exigences que pose leur adaptation matérielle, sociale et psychologique constituent d'autres facteurs de vulnérabilité qu'il faudra considérer afin d'assurer la santé et le bien-être de la famille. Parfois, l'annonce d'un diagnostic pour l'un de leur enfant autiste déconcerte les parents. Le fait que des enfants ont dû être séparés de la famille lors des premières années d'arrivée peut contribuer à augmenter le stress de certains enfants. Ce stress peut s'avérer encore plus important dans certains cas. Être attentif à l'usage du mot stress car il peut prendre différentes formes et s'exprimer différemment.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Soyez attentifs à la dimension culturelle reliée aux divers sujets traités dans le contexte des programmes enfance-famille. La diversité des modes de stimulation crée de nombreux malentendus. Dans certains milieux, la stimulation est parfois favorisée par les contacts avec les nombreuses personnes présentes auprès de l'enfant. Dans d'autres cependant, elle est favorisée par des objets et des exercices.

- ❒ Lisez et informez-vous à propos des théories du développement de l'enfant qui sont valorisées au Québec. Assurez-vous de demeurer informé sur cette question.

- ❒ Évitez de donner un avis au client ou à l'intervenant, même si on vous demande votre point de vue. Rappelez-lui votre rôle si nécessaire.

- ❒ Signalez à l'intervenant, lorsque c'est le cas, qu'il commet un « impair culturel », une maladresse qu'il serait préférable d'éviter dans la culture du client. Cependant, sachez le faire avec délicatesse, sous forme de suggestion, après lui avoir demandé s'il souhaitait connaître la dimension interculturelle impliquée dans ce cas. Évitez de lui laisser croire que vous souhaitez le remplacer.

- ❒ Évitez cependant les ajouts culturels trop longs qui peuvent compromettre les échanges en cours et soyez assez affirmatif pour demander à l'intervenant une rencontre, après la séance d'interprétation, si ces ajouts peuvent être fait à la fin de la rencontre.

- ❒ Ne présumez pas que les clients détiennent certaines valeurs avant de valider cet aspect.

5. TERMINOLOGIE

Aidant naturel
Membre de la famille ou personne dans l'entourage du patient qui assume les responsabilités de l'aide et du soutien quotidiens.

Chambre de naissance
Salle de travail et d'accouchement dans un décor évoquant la maison, destinée aux parents qui ont suivi certains cours prénatals et qui désirent vivre la naissance à deux.

Colique
Douleur survenant sous forme d'accès violent et ressentie au niveau des viscères abdominaux, du colon. Diarrhée.

CPE
Il s'agit du nouveau terme pour les garderies soit les centres de la petite enfance.

Échographie
Technique d'examen utilisant les ondes sonores pour étudier les structures anatomiques ou les organes et en mesurer la taille, l'emplacement et les contours. Cette technique sert à évaluer et à diagnostiquer les maladies.

Famille d'accueil
Milieu de vie substitut qui se rapproche le plus possible du milieu familial. Lieu où sont hébergés des enfants.

IVG
Interruption volontaire de grossesse ou avortement.

Maison de naissances
Une résidence chaleureuse dont la mission consiste à fournir un lieu familial et sécuritaire pour le suivi et l'accouchement des femmes dont la grossesse se déroule normalement. Les futures mères sont accompagnées de sages-femmes responsables d'assurer les soins durant la grossesse, lors de l'accouchement et durant la période postnatale pour la mère ainsi que pour le bébé. Le suivi par la sage-femme est basé sur un soutien physique et émotif individualisé ainsi que sur le respect de la personne.

MTS
Maladies transmissibles sexuellement.

Otite
Inflammation aiguë ou chronique de l'oreille.

Programme OLO aussi appelé LOV
Projet de complément alimentaire pour les femmes enceintes composé d'œufs, de lait et d'oranges, mais dans certains milieux il s'agit de lait, d'œufs et de vitamines.

Programme NEGS
Projet de surveillance des bébés de petits poids et intitulé « Naître égaux - grandir en santé ».

Sage-femme
Personne qui a acquis les qualifications requises pour être légalement habilitée à exercer le métier de sage-femme. Elle doit être en mesure de donner les soins et les conseils nécessaires aux femmes durant la grossesse, le travail et la période post-partum, de se charger de l'accouchement et de dispenser des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

Service de relève ou relevailles
Service offrant un répit de courte durée à la famille et aux aidants naturels qui s'occupent des soins du patient à la maison.

Soins à domicile
Soins infirmiers, services de préposé aux soins et services essentiels d'entretien ménager assurés au domicile du patient.

Staturo-pondéral
Qui se rapporte à la croissance du corps d'une personne, à sa masse corporelle, à sa grandeur, à son poids, etc.

3.3 LES PROGRAMMES JEUNESSE

1. CARACTÉRISTIQUES

Des services jeunesse peuvent être offerts soit par les CLSC, soit par les centres jeunesse. Le terme jeunesse ne couvre pas toujours la même catégorie d'âge. En outre, dans certains CLSC, ces services font maintenant partie de ce qui est appelé services ambulatoires. Il ne faudra donc pas s'étonner d'une certaine variation à propos de cette appellation et de ce à quoi elle réfère. Comme ce thème est relié à l'adolescence et au début de l'âge adulte, les sujets abordés par les professionnels concernent souvent la puberté, la sexualité, la consommation (drogues, alcool et autres substances) et les fréquentations amoureuses, etc.

Ainsi, les préoccupations des jeunes dans le cadre des programme jeunesse peuvent être très variées : il peut s'agir d'un adolescent que les parents veulent mettre à la porte, d'un jeune de treize ans dont les amis ont commencé à fumer du pot, d'une jeune fille craignant d'être enceinte, d'un jeune qui se fait intimider par un groupe à la sortie de l'école, d'un enfant qui est isolé, seul et sans amis, d'une jeune fille désirant des réponses à ses questions sur la sexualité, de l'appel d'un jeune suicidaire, d'un garçon à qui on interdit de rencontrer son amie de cœur issue d'une autre origine ethnique, etc. Voilà autant de situations auxquelles les intervenants doivent faire face. Ils doivent aussi travailler à prévenir ces situations.

En plus d'offrir des services médicaux et infirmiers courants, ces programmes visent la prévention, le soutien aux parents et le développement des jeunes grâce à des interventions favorisant l'autonomie. Les **objectifs** mis de l'avant par les CLSC en matière de programmes jeunesse varient considérablement et sont reliés aux caractéristiques de la population et du territoire desservis. Voici quelques **exemples des services** offerts :

- Dépistage anonyme du VIH et dépistage confidentiel d'autres MTS*.
- Consultations médicales avec ou sans rendez-vous.
- Test de grossesse, contraception, counselling, IVG*, pilule du lendemain*.
- Soutien parental relatif aux conflits entre parents et adolescents.
- Suivi individuel ou collectif auprès de clientèles vulnérables ou marginalisées.
- Intervention auprès de jeunes à risque.
- Suivi nutritionnel pour les clientèles à risque (anorexie*, boulimie*).
- Prostitution juvénile.
- Abus sexuel* tel que viol collectif.
- Alcoolisme (ou toxicomanie) d'un ou des deux parents.
- Etc.

2. FONCTIONNEMENT

Les programmes qui s'adressent à la jeunesse regroupent des services offerts aux jeunes à la fois en CLSC, en milieu scolaire ou dans la communauté. Ils visent à assurer le suivi des demandes de services émanant des jeunes eux-mêmes et de leurs parents. Les intervenants sociaux agissent également auprès des écoles du territoire.

Souvent les jeunes viennent d'eux-mêmes faire une demande sur place où ils formulent leurs besoins lors des « cliniques jeunes ». Notons qu'à partir de 14 ans, ils peuvent consulter et bénéficier de la confidentialité. Ce sont aussi les infirmières du milieu scolaire ou le personnel des maisons des jeunes qui repèrent les besoins de certains jeunes. Parfois, outre le suivi individuel, il arrive qu'à partir des besoins et des problèmes de santé perçus à l'école et dans la communauté, une équipe élabore et mette en application des activités visant la prévention et la promotion de la

santé. Dans le cadre des diverses cliniques, médecins et infirmières offrent des services curatifs et préventifs aux jeunes.

Les **interventions psychosociales*** cherchent à prévenir une détérioration de la situation personnelle ou familiale et à faire cesser les problèmes rencontrés. Les travailleurs sociaux répondent aux besoins par des services individuels, familiaux et de groupe, aux jeunes qui ont des problèmes et des difficultés qui se manifestent en milieu scolaire. Ils travaillent souvent en collaboration avec les réseaux institutionnels et communautaires, entre autres, la police de quartier, les hôpitaux, la Direction de la protection de la jeunesse, etc. Ils assurent la liaison avec les intervenants du CLSC et d'autres organismes, au besoin.

Les intervenants ont recours à diverses approches, soit l'approche biopsychosociale, individuelle, familiale, ou communautaire.

3. PROBLÉMATIQUES

Dès que l'on parle **de puberté**, de **relations sexuelles** et de **relations amoureuses**, les modes de pensée de l'ensemble des parents québécois varient considérablement et il en est de même pour les parents récemment arrivés au pays. L'idée même qu'une jeune fille puisse obtenir l'autorisation de se faire avorter dès l'âge de 14 ans, sans obligation de consulter ses parents, étonne et choque même nombre de parents immigrants. L'âge à partir duquel de jeunes adolescents commencent à se fréquenter, la possibilité qu'ils puissent avoir des relations sexuelles et même dormir ensemble, sous le même toit que les parents, provoquent de fortes réactions et des confrontations entre générations. La liberté accordée aux allées et venues des jeunes issus de la société d'accueil constitue un autre motif de discorde au sein de familles immigrantes ou issues des communautés culturelles.

Ajoutons qu'à l'adolescence, les **problèmes d'identité** que vivent les jeunes issus de l'immigration constituent parfois un facteur de vulnérabilité supplémentaire. Même si les jeunes ne le formulent pas de cette façon, ces interrogations à propos de leur identité risquent de fragiliser certains d'entre eux. Tiraillés entre les valeurs de leur familles et celles de leur milieu scolaire, ces jeunes se voient parfois obligés d'avoir recours à des subterfuges pour composer avec les deux milieux. Les valeurs associées à cette société de consommation les incitent à développer des attentes irréalistes. La tentation pour certains de s'intégrer dans des gangs, des groupes qui les comprendront, est forte. Ces problèmes d'identité peuvent survenir aussi au sein de familles mixtes. Certains parents sont anxieux et s'interrogent ; ils consultent parfois parce que leur enfant a commencé à fumer ; ils croient que cela le conduira inévitablement à consommer de la drogue.

Pour les adolescents et les enfants réfugiés, le **stress* de l'adaptation** peut venir compliquer une vie déjà traumatisée. Souvent, les adolescents et les enfants réfugiés qui arrivent dans un nouveau pays éprouvent beaucoup de difficulté à s'intégrer à la société. En effet, certains de ces enfants ont passé de longues périodes dans des camps de réfugiés ou dans un pays de premier asile. Ces enfants ont parfois été victimes ou témoins d'actes de torture ou de persécution ou encore de crimes contre l'humanité, ou ont vécu énormément d'expériences traumatisantes. Beaucoup ont souffert de la famine, n'avaient pas d'endroit où demeurer, se sont trouvés en danger, ont été privés de soins médicaux ou ont manqué de soutien affectif. En outre, ces enfants réfugiés ont peut-être dû interrompre leurs études, ce qui augmente leurs difficultés d'intégration dans le milieu scolaire. Le décrochage scolaire est fréquent ; les différences culturelles, les ruptures dans leur scolarité ou l'analphabétisme peuvent y conduire. En outre, peu de services sont offerts aux jeunes faisant face au stress* post-traumatique, attribuable à la violence ou à la guerre civile. Voilà diverses problématiques que l'interprète pourra prendre soin de souligner auprès des intervenants peu sensibilisés à ces dimensions.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Familiarisez-vous avec le processus migratoire, les divers statuts reliés à l'immigration et les conséquences de ce processus sur l'intégration. Ces sujets sont parfois méconnus des intervenants. Sachez les rendre sensibles à ces dimensions, lorsqu'il y a lieu.

- ❒ Dans le cas de certaines familles mal à l'aise d'interroger l'intervenant, insistez sur l'importance de poser davantage de questions aux clients. Assurez-vous que les intervenants évitent d'interpréter systématiquement le silence des parents comme un manque d'intérêt ou un accord.

- ❒ Souvenez-vous qu'il est important de tout interpréter, même les sujets délicats. Prévenez l'intervenant, lorsque cela est possible, que certains sujets risquent de mettre les parents mal à l'aise. Si certains sujets (menstruations, relations sexuelles) vous mettent mal à l'aise, mentionnez-le à l'intervenant. Retenez cependant que la sensibilité et la délicatesse peuvent faciliter l'introduction de sujets délicats.

- ❒ Demeurez attentif aux dimensions culturelles qui émergent des échanges entre le professionnel et la famille ; par exemple, l'accent mis sur la valeur de l'autonomie constitue souvent une difficulté pour les jeunes. Cela peut exiger un certain temps d'adaptation pour de nouveaux arrivants.

- ❒ Évitez de vous allier à l'une des deux parties (à la famille ou au professionnel) lorsqu'un placement est requis. Essayez plutôt d'interpréter le mieux possible les soucis des uns et des autres envers l'enfant concerné.

- ❒ Rappelez-vous que le secret observé par l'intervenant et l'interprète favorise le climat de confiance indispensable à la qualité de la relation entre le patient et l'intervenant.

5. TERMINOLOGIE

Acné juvénile
Acné propre à la puberté, à la jeunesse.
Aménorrhée
Absence de règles (en dehors de la grossesse) pouvant avoir des causes physiologiques (malformations) ou accidentelles.
Anorexie
Il s'agit d'une perte de l'appétit, mais en fait l'anorexie mentale est une restriction volontaire de l'alimentation avec un amaigrissement massif. Elle concerne, neuf fois sur 10, une jeune femme entre 14 et 23 ans. Il s'agit d'une maladie de civilisation où l'image médiatique de la femme mince, parfaite, résistante aux tentations d'un monde d'abondance y est sans doute pour beaucoup.
Asthme
Maladie qui est caractérisée par un essoufflement intense survenant par accès et se terminant par une expectoration de crachats fluides, suffocation parfois et respiration sifflante et ralentie.
Avortement
Expulsion spontanée (fausse couche) ou provoquée d'un fœtus, avant viabilité.
Blennorragie
Il s'agit d'une infection d'origine vénérienne, provoquée par un gonocoque. Elle provoque un écoulement douloureux au niveau des muqueuses atteintes et peut entraîner la stérilité si elle n'est pas soignée rapidement.
Boulimie
Besoin intense de manger accompagnant certains troubles physiques ou mentaux.
Chlamydia
Il s'agit d'une maladie transmissible sexuellement. Elle est transmise surtout par contact sexuel des organes, de l'anus et de la bouche avec une personne qui a la maladie. Pendant l'accouchement, la femme qui a la maladie peut la transmettre à son nouveau-né.
Contraceptif
Qui s'oppose à la conception : pilules, stérilets, spermicides, diaphragme, préservatifs.
Contraception
La contraception permet une infécondité volontaire et temporaire chez la femme ou chez l'homme, grâce à des techniques « naturelles » (retrait, méthode Ogino), des moyens locaux mécaniques (préservatif, stérilet, diaphragme, cape), chimiques (spermicide) ou grâce à des hormones (pilule).
Fausse couche
Il s'agit de l'expulsion d'un embryon ou du fœtus avant viabilité. Il existe deux types de fausses couches : la précoce et la tardive. La plus fréquente est la fausse couche précoce qui survient avant la 15e semaine de grossesse. Elle est généralement causée par l'expulsion d'un embryon présentant une malformation. La fausse couche tardive survient entre la 15e et la 20e semaine de grossesse. Elle est le plus souvent liée à des problèmes anatomiques chez la mère.
Gonocoque
Bactérie responsable de la blennorragie transmise par voie sexuelle.
Gonorrhée
Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible.
Hépatite
L'**hépatite A** est une maladie courante et sans gravité. La contamination se fait par l'ingestion d'eau ou d'aliments souillés. La transmission directe entre deux personnes est possible (par contact avec les selles ou des objets contaminés, ou encore au cours de contacts bouche anus). L'hépatite A s'attrape souvent lors de voyages dans des pays où l'hygiène est peu développée. La personne contaminée peut rester sans symptôme ou développer une hépatite A aiguë, soit la jaunisse. Le virus de l'**hépatite B** est transmis par le sang et les sécrétons sexuelles (sperme, sécrétions vaginales), mais contrairement au VIH, la salive peut également être contaminante et la transmission peut aussi se faire à partir d'objets de toilettes (brosse à dents, rasoir...) s'ils appartiennent à une personne porteuse du virus. Il existe un risque de transmission mère-enfant au moment de l'accouchement, mais ce risque est considérablement réduit pour le nouveau-né lorsqu'on lui injecte des immunoglobulines anti-hépatite B et qu'on le vaccine contre le virus de l'hépatite B. L'allaitement maternel est ensuite déconseillé.
IVG
Interruption volontaire de grossesse.
MTS OU MST
Maladies transmissibles sexuellement ou maladies sexuellement transmissibles.

Pilule du lendemain
Il s'agit d'une contraception d'urgence, en cas de rapport sexuel non protégé ou d'accidents. Elle consiste en l'administration d'une dose choc d'hormones (œstrogènes et progestérone) et a pour but d'empêcher le transport et l'implantation d'un œuf fécondé.

Préservatif
Le préservatif (condom) est une barrière mécanique empêchant le passage du sperme dans les voies génitales du partenaire. Par exemple, il peut s'agir d'un capuchon de latex à mettre sur le pénis en érection. Chez la femme, il s'agit souvent d'un diaphragme placé au fond du vagin. Il permet la contraception et la protection contre les MST.

Salpingite
Inflammation d'une trompe de Fallope.

3.4 LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

1. CARACTÉRISTIQUES

La loi sur la protection de la jeunesse vise deux types de situation : les enfants mineurs dont la sécurité et le développement semblent être ou sont compromis et les enfants mineurs de 14 ans et plus, qui ont commis une infraction à une loi ou à un règlement du Québec. Les **amendements de 1984,** puis de **1994** ont permis que les parents s'engagent par entente* ou soient obligés par ordonnance* « à participer activement à l'application de mesures qui ont pour but de corriger la situation. » Ainsi, l'État québécois veut éviter de se substituer aux parents ou d'encourager leur déresponsabilisation. Il s'agit donc de mettre fin à la situation qui compromet la sécurité et le développement de l'enfant et d'éviter qu'elle ne se reproduise ; il s'agit aussi d'aider les parents à exercer leurs responsabilités sans compromettre la sécurité ou le développement de leur enfant. Cela doit se faire dans des délais raisonnables pour l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits. S'il existe un espoir de maintenir l'enfant dans son milieu de vie, il faut prendre toutes les mesures possibles pour aider la famille. Si il n'y a pas d'espoir dans un délai raisonnable ou si l'intervention est un échec, l'État doit tenter d'assurer à l'enfant une continuité dans ses relations. Il l'aidera alors à rencontrer des parents psychologiquement capables de répondre à ses besoins. Selon cette loi, un enfant est une personne âgée de moins de 18 ans. Ce sont les enfants de 0 à six ans qui sont considérés les plus vulnérables.

Plusieurs principes guident ces interventions tels que la recherche de l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits, la primauté de l'autorité parentale, le maintien de l'enfant dans le milieu parental et les caractéristiques des communautés culturelles et des communautés autochtones qu'il importe de considérer. Certaines recommandations insistent sur l'adaptation nécessaire de la mentalité et des actions des intervenants sociaux et judiciaires à certaines réalités de ces communautés (notion de famille, diversité des valeurs, etc.), et le tribunal peut aussi requérir les services d'un interprète pour faciliter l'interrogatoire d'un témoin (LPJ*, art.77).

2. FONCTIONNEMENT

Les procédures suivies pour appliquer cette loi peuvent se dérouler en huit étapes.

2.1 Le signalement*

Dès qu'une personne a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis, elle est tenue de signaler sans délai la situation. En outre, les adultes ont l'obligation de venir en aide aux enfants qui veulent informer les autorités compétentes de leur situation. La personne qui signale (par téléphone ou directement ou par écrit) bénéficie de l'immunité et de la confidentialité.

2.2. Réception et traitement du signalement

Le signalement doit-il être retenu ou pas ? Pour cela, il faut vérifier si l'information obtenue laisse croire que la sécurité ou le développement de l'enfant peuvent être compromis. Il y aura d'abord réception du signalement, appréciation de la vulnérabilité de l'enfant et appréciation des capacités des parents et du milieu. Puis on procédera à l'analyse de la situation et ensuite au jugement sur la situation de l'enfant. On évaluera le degré d'urgence de l'intervention. Si le signalement est retenu, il faudra déterminer si des mesures d'urgence* sont nécessaires.

2.3 Mesures d'urgence

Les **mesures d'urgence*** sont appliquées avant que le DPJ* ne décide de l'orientation de la situation, avec ou sans l'approbation des parents. Il peut s'agir de retirer immédiatement l'enfant du lieu où il se trouve où de le confier sans délai à un établissement qui exploite un centre de

réadaptation ou un centre hospitalier, ou à une famille d'accueil ou à autre personne. L'enfant et les parents doivent être consultés, dans la mesure du possible. Les **mesures volontaires*** sont celles qui font l'objet d'une entente entre le Directeur de la protection de la jeunesse (le DPJ*), les parents et l'enfant de 14 ans et plus. L'entente porte sur la reconnaissance de la situation de compromission et sur les moyens d'y mettre fin. Les **mesures provisoires*** sont celles qui s'appliquent à partir du dépôt d'une requête principale jusqu'à l'ordonnance finale du tribunal, avec le consentement des parents pendant l'évaluation et l'orientation* de l'enfant.

2.4 L'évaluation de la situation
L'évaluation doit permettre d'établir si les faits justifiant l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) existent. Il faut donc examiner leur nature, leur gravité, leur chronicité et leur fréquence. Il faut aussi apprécier le degré de vulnérabilité de l'enfant en tenant compte de son âge, de son autonomie, de ses capacités (physiques, intellectuelles et affectives), de ses acquis et de ses handicaps, de son évolution personnelle, de son milieu culturel et de sa propre perception de la situation. L'évaluation doit considérer la façon des parents d'exercer leurs responsabilités parentales. Enfin, il faut vérifier si dans le milieu immédiat, il existe une personne en mesure de contribuer à la protection de l'enfant. Le directeur (DPJ) propose alors l'application de mesures volontaires ou il saisit le tribunal de la situation.

2.5 Orientation de l'enfant
Quelles seront les mesures nécessaires pour mettre fin à la situation et pour éviter qu'elle ne se reproduise ? Il faut procéder au choix du régime (volontaire ou judiciaire), à l'élaboration de l'entente (dans le cas de mesures volontaires), ou à la procédure judiciaire. Le **régime volontaire*** vise une protection durable puisqu'il favorise la restauration ou l'amélioration de l'exercice des responsabilités parentales. Une entente doit alors être formulée dans un langage accessible aux parents et à l'enfant. Cependant, dans certaines circonstances (cas d'abus sexuel*, d'abus physique et de négligence grave), le **régime judiciaire*** est privilégié. Le juge devra alors rendre deux décisions complémentaires : le jugement sur la situation de compromission et l'ordonnance quant aux mesures appropriées, souvent rendues lors d'une seule et même audition.

2.6 Mesures provisoires lors d'une ordonnance intérimaire
Dès que le tribunal est appelé à se prononcer sur la situation d'un enfant, soit pour statuer sur la compromission et les mesures à prendre, soit pour réviser sa situation, le tribunal peut ordonner l'exécution de mesures provisoires* qui peuvent s'appliquer jusqu'à ce que la procédure judiciaire soit terminée. Elles peuvent être nécessaires pour protéger l'enfant dans l'immédiat. Ainsi, un hébergement obligatoire peut être une mesure provisoire souvent ordonnée.

2.7 Exécution de l'entente ou de l'ordonnance
L'application des mesures requiert nécessairement la participation active des parents, et, dans une moindre mesure, celle de l'enfant ou du jeune adolescent, à moins que celui-ci ne présente des troubles de comportements* particuliers. Dans la plupart des cas, l'application des mesures peut requérir aussi des ressources de soutien ou des services du milieu. L'exercice des responsabilités parentales et l'autonomie de l'enfant doivent donc être favorisés le plus possible. Le plan de services individualisés ou le plan d'intervention doit être élaboré avec la participation des parents et de l'enfant, dans le respect de leurs droits.

2.8 Révision de la situation
La révision est une étape importante en raison des conséquences cliniques et légales. Elle permet de revoir en cours d'application des mesures et les décisions prises initialement lors de l'évaluation de la situation et de l'orientation de l'enfant. Cette révision a pour but de vérifier si la sécurité et le développement de l'enfant sont encore compromis.

3. PROBLÉMATIQUES

La sécurité d'une personne est compromise lorsque sa vie et son intégrité sont menacées de façon telle qu'il faut lui porter secours. La plupart des situations ou la sécurité est compromise impliquent que son développement l'est aussi. Dans le contexte de la clientèle immigrante, les cas les plus fréquents concernent les **abandons, la négligence, la menace à la santé physique** et **l'abus physique** et pour les plus âgés, il s'agit plutôt de **troubles de comportements**.

3.1 Abandon

Il s'agit des parents d'un enfant ou d'une personne qui tient lieu de parents, qui n'assument pas les soins, l'entretien ou l'éducation de l'enfant de façon continue et significative. En outre, ils n'entretiennent aucun lien affectif, soutenu et significatif. Ajoutons qu'en contexte migratoire, certains parents peuvent tenir pour acquis que lorsqu'ils sont absents, les voisins prendront soin de leur enfant, comme c'est parfois le cas lorsque l'esprit communautaire est valorisé. Le parent n'est donc pas nécessairement négligent, mais il doit développer de nouvelles stratégies lorsqu'il se retrouve en milieu urbain et dans un environnement favorisant l'individualisme.

3.2 Menace au développement mental et affectif (ou négligence)

L'absence de soins appropriés peut être un enfant maintenu dans une chaise ou dans un lit et qui ne peut apprendre à marcher ou un enfant insuffisamment stimulé pour apprendre à parler. L'isolement peut être physique, psychologique ou social. Un rejet affectif grave et continu des parents est manifeste lorsque les parents formulent des marques de dépréciation continues, ignorent de façon continue les besoins affectifs ou lorsque les parents s'adressent à l'enfant avec un langage abusif. Soulignons l'importance pour les interprètes d'être attentifs à la façon de démontrer son affection chez certains groupes culturels : les mots ou les gestes valorisés et attendus peuvent être différents. Les modes d'autorité des parents diffèrent aussi dans certaines familles. Il peut être important de faire la part des choses entre des parents abusifs et des parents s'attendant à l'obéissance des enfants.

3.3 Menace à la santé physique

Il peut s'agir d'un enfant qui souffre de malnutrition sévère ou qui est maintenu par les parents dans un lieu insalubre risquant de causer des maladies ; il peut s'agir aussi de lieux dont l'aménagement présente un danger. Certains parents font parfois un mauvais usage des médicaments de leur enfant ou refusent ou négligent d'assurer les soins nécessaires à l'enfant. Ici aussi, il faudra éviter de confondre malnutrition et développement normal à l'intérieur de groupes dont les personnes sont de petite taille. L'intervenant devra aussi être attentif à certaines différences alimentaires d'ordre culturel qui ne constituent pas nécessairement une menace à la santé de l'enfant. L'interprète pourra dans certaines circonstances attirer l'attention de l'intervenant sur cet aspect.

3.4 Abus sexuels et mauvais traitements physiques*

Il n'est pas nécessaire que ces abus soient récents, mais que leurs effets compromettent la sécurité et le développement de l'enfant. Cependant, la violence doit être évaluée adéquatement et une distinction doit être faite entre abus et correction physique associée à une faute commise. Les modes d'intervention doivent en tenir compte afin de ne pas inciter les parents à se déresponsabiliser vis-à-vis de leurs enfants.

Par **abus sexuel** on entend « un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent(e), portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique... ».

Généralement, les jeux exploratoires entre jeunes enfants ou les activités sexuelles consenties entre adolescents sont exclus d'une telle définition. Encore une fois, il sera important de distinguer ce qui constitue un abus sexuel d'un geste affectif.

Concernant les **mauvais traitements physiques**, il s'agit d'actions (coups de bâton...) ou d'omissions (négliger de nourrir...) envers un enfant et provoquant des traumatismes* corporels et affectant son intégrité physique. Ils peuvent être causés à la suite d'excès ou de négligence. Les mauvais traitements doivent être évalués en fonction de leur nature, en tenant compte de l'âge de l'enfant, de sa taille, de son état de santé ou de sa fréquence répétitive. Des coups causant des blessures corporelles constituent un exemple d'excès. Des engelures sévères causées à un enfant vêtu de façon non appropriée seraient un exemple de négligence.

3.5 Troubles de comportement sérieux

Il s'agit du seul cas où c'est la conduite de l'enfant qui est mise en cause et non pas celle de l'adulte. Il s'agit d'un ensemble de réactions observables et structurées qui démontrent la désorganisation de l'enfant. L'évaluation doit tenir compte de l'intensité des manifestations, de leur persistance, de leur étendue sur les différentes sphères de vie de l'enfant (familiale, scolaire, sociale...) et de leur fréquence. Il ne s'agit pas ici de crises reliées aux phases normales de l'adolescence, mais de troubles de comportement sérieux tels que tentatives suicidaires, automutilation, consommation abusive de drogues, violence ou agressivité de nature offensive ou défensive ou fugues répétitives, anorexie*, absentéisme scolaire important, etc. Certaines de ces problématiques telles que la fugue apparaissent chez de jeunes adolescents issus des communautés culturelles et qui sont à la recherche de leur identité. Ils ne se sentent pas bien avec les mesures disciplinaires de leurs parents qu'ils comparent à celles qu'ils observent dans les autres familles. Parfois, la fermeté de certains parents incite ces jeunes à une forte opposition envers leurs parents.

Les intervenants qui peuvent compter sur des interprètes professionnels en mesure de les aider à évaluer ce qui relève de la culture ou ce qui appartient à la déviance, chez un parent ou un enfant, seront mieux outillés pour appliquer la loi de façon appropriée, en évitant de provoquer l'abandon de l'enfant par le parent.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Prenez le temps de vous situer par rapport à l'ensemble du dossier et de l'étape où en sont rendues les procédures : s'agit-il de l'évaluation, de l'application des mesures, ou de la révision de la situation, par exemple ? N'hésitez pas à demander qu'on vous fasse part de l'historique du cas avant de commencer l'interprétation.

- ❒ Avant la rencontre, vérifiez auprès de l'intervenant s'il a la possibilité de vous indiquer les expressions particulières (ou le jargon professionnel) qui seront utilisées lors de la rencontre, afin d'être mieux préparé.

- ❒ Prévenez l'intervenant qu'il arrive parfois que la résistance des parents dans ces dossiers provienne de leur ignorance de cette loi. Insistez sur l'importance d'explications claires, compréhensibles et accessibles sur les buts de cette loi, comme pré requis pour obtenir la collaboration des parents.

- ❒ Soyez conscient des nombreux préjugés qui circulent dans les communautés à propos de cette loi. Évitez de les atténuer ou de les passer sous silence. Traduisez la totalité de ce qui est émis, le verbal et le non verbal rattachés au contexte. Cela est essentiel pour permettre à l'intervenant d'ajuster ses informations aux réactions du client.

- ❒ Portez une attention particulière à la diversité culturelle susceptible d'embrouiller l'évaluation des situations : modes d'expression de l'affection parentale, type de mesures de correction, valeurs de coopération ou de solidarité plutôt que d'autonomie, etc.

- ❒ Soyez en mesure d'identifier, lors de ces rencontres, les participants présents, leurs rôles et les personnes pour lesquelles vous êtes tenu d'interpréter. Comme plusieurs intervenants sont opposés, pour des raisons de confidentialité, à accepter d'autres personnes que les parents lors des entrevues, soyez prêt à expliquer la dimension culturelle sous-jacente à ces contextes (autonomie, concertation), sans toutefois vous objecter aux décisions de l'intervenant.

- ❒ Souvenez-vous que vous n'avez pas la responsabilité de diriger l'entretien. L'entretien reste sous la responsabilité de l'intervenant et ce dernier a besoin de temps pour établir la relation avec le patient.

5. TERMINOLOGIE

Abus sexuel
Il peut s'agir d'un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination vis à vis d'elle.

Compromission
Situations où la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis.

DPJ (la)
Direction de la protection de la jeunesse.

DPJ (le)
Directeur de la protection de la jeunesse.

Entente
Une entente est faite par écrit et elle contient les objectifs des mesures volontaires. Elle précise aussi les moyens (ou mesures) devant être pris par les parents et l'enfant ainsi que la durée de l'entente. Elle est utilisée dans le cadre du régime volontaire ou de l'application de mesures volontaires.

Judiciarisation
On a recours à la judiciarisation, lorsque l'on ne peut pas trouver d'entente sur des mesures volontaires ; la situation de l'enfant doit alors être soumise au tribunal.

LPJ
Loi sur la protection de la jeunesse.

Mauvais traitements physiques
Il s'agit d'actions ou d'omissions dirigées vers un enfant et provoquant des traumatismes corporels et affectant son intégrité physique.

Mesures d'urgence
Ces mesures sont celles qui sont appliquées avant que le DPJ ne décide de l'orientation de la situation, avec ou sans opposition des parents. Il peut s'agir soit de retirer immédiatement l'enfant du lieu où il se trouve ou de le confier sans délai à établissement ou à une famille d'accueil ou à une autre personne.

Mesures provisoires
Ces mesures sont celles qui sont ordonnées et qui s'appliquent à partir du dépôt d'une requête principale jusqu'à l'ordonnance finale du tribunal.

Mesures volontaires
Ces mesures font l'objet d'une entente entre le DPJ, les parents et l'enfant de 14 ans et plus ; l'entente porte sur la reconnaissance de la situation de compromission et sur les moyens d'y mettre fin.

Ordonnance
Lorsque la situation de l'enfant ne peut pas trouver de remède à partir d'une entente sur des mesures volontaires, elle doit être soumise au tribunal. Cette judiciarisation entraîne nombre de contraintes liées aux procédures, avec des délais et des débats inévitables.

Orientation de l'enfant
C'est le DPJ qui doit décider de l'orientation à donner à l'enfant, lorsqu'il a été établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis. Elle a pour but de reconnaître les mesures nécessaires pour mettre fin à la situation de compromission et d'éviter qu'elle ne se reproduise.

Régime judiciaire
C'est le processus qui permet de saisir le tribunal de la situation de l'enfant. Il enclenche la procédure judiciaire.

Régime volontaire
Il s'agit de décider de l'application de mesures volontaires entre les parents et l'enfant.

Responsabilité parentale
Il s'agit de l'expression qui remplace « autorité parentale » car cette dernière ne constitue qu'une composante des responsabilités parentales. Ils ont donc la responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation et d'en assurer la surveillance.

Signalement
C'est le fait et l'obligation de signaler ou de faire connaître au DPJ qu'on a des raisons de croire que la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis. Immunité et protection sont accordées à la personne qui effectue un signalement.

Troubles de comportements
C'est un ensemble de réactions observables et structurées qui démontre la désorganisation de l'enfant.établissement ou à une famille d'accueil ou à autre personne.

3.5 LES JEUNES CONTREVENANTS

1. CARACTÉRISTIQUES

La Loi sur les jeunes contrevenants* est une loi fédérale qui date de 1984. Dorénavant, on considère que les jeunes sont en mesure d'assumer, jusqu'à un certain point, leurs actes. Cette loi insiste aussi sur l'importance de concilier la *protection de la société* en même temps que les *besoins du jeune*. De son coté, en 1998, le Fédéral a décidé d'intensifier l'importance accordée à la protection du public. Il réclame désormais une approche plus répressive vis-à-vis des mineurs qui commettent des crimes violents ou qui récidivent. Le Québec a pour sa part développé une approche qui tient compte à la fois du geste délinquant et du sens de ce geste pour l'adolescent. On reconnaît donc que les mineurs qui deviennent des contrevenants* sont responsables de leurs actes et que le jeune a la capacité de former une intention coupable. Cependant, on considère aussi que cette responsabilité n'est pas la même que pour un adulte, car l'adolescent est en processus d'apprentissage des règles sociales.

La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) favorise donc, lorsque possible, le recours à des **mesures éducatives** pour aider le jeune à mieux saisir les impacts de son geste sur la victime* et la société. C'est pourquoi on tiendra compte du contexte dans lequel le geste est posé, des besoins du jeune en matière de respon-sabilisation et de réadaptation.

Les adolescents jouissent des mêmes droits, des mêmes libertés et des mêmes garanties procédurales que celles accordées aux adultes. Toutefois, ils bénéficient aussi des **garanties spéciales**. Le juge doit s'assurer que le jeune a bien compris l'accusation et qu'il ne se verra pas imposer une peine plus sévère que celle qui serait donnée à un adulte. Le jeune a le droit de se voir désigner un avocat rémunéré par l'État.

Quatre conditions sont nécessaires pour qu'un jeune soit considéré comme contrevenant : être âgé de 12 à 17 ans et avoir commis une infraction au code criminel ou à une loi fédérale ; de plus, la plainte policière retenue contre le jeune doit avoir été acheminée au substitut du procureur* général et ce dernier doit trouver la preuve suffisante pour porter éventuellement des accusations. C'est donc la précocité d'apparition, la fréquence, l'intensité et la nature des comportements délinquants qui aideront à identifier parmi ces jeunes, celui qui risque de devenir un contrevenant chronique.

2. FONCTIONNEMENT

Le jeune qui commet un délit peut passer à travers quatre étapes soit **l'arrestation**, **l'enquête policière***, **l'orientation** puis la **judiciarisation***.

2.1.L'arrestation et l'enquête policière

À la suite de l'infraction, l'adolescent est conduit au poste ou un policier lui explique ses droits et l'interroge. Après cet interrogatoire, le policier peut prendre certaines décisions :

- Il peut décider l'arrêt de l'intervention, s'il n'y a pas matière à porter plainte contre le jeune. Ce dernier est alors relâché sans aucune charge.
- Mais s'il y a des motifs de porter plainte, le policier complète son enquête et demande au substitut du procureur général d'intenter des procédures.
- Si la preuve est suffisante et que rien n'empêche son dépôt, le substitut du procureur général détermine sous quel(s) chef(s) il portera des accusations contre le jeune. Le jeune peut alors faire l'objet d'une détention provisoire où être remis en liberté, en attendant la suite des procédures.

2.2 L'orientation
Le substitut du procureur général décide de ce qu'il fera du dossier de l'adolescent : le fermer, le référer au directeur provincial ou le judiciariser. S'il considère que la gravité du délit et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, ne justifient pas la poursuite du processus, le dossier est fermé. Sinon, il peut autoriser des poursuites devant la Chambre de la jeunesse. Il peut aussi référer le dossier au directeur provincial (Directeur de la protection de la jeunesse). Dans ce cas, le délégué à la jeunesse détermine quelles orientations donner au dossier :

- soit une référence au substitut du procureur général dans le but que des procédures judiciaires soient intentées contre le jeune susceptible de récidive ;
- soit des mesures de rechange telles que des travaux bénévoles au profit d'un organisme ou de la victime*, des dons d'argent, une lettre d'excuses, etc. ;
- soit un arrêt de l'intervention qui permet de fermer le dossier.

2.3 La judiciarisation
À la suite de la demande par la police d'autoriser le dépôt des procédures ou après le rapport du délégué à la jeunesse à l'effet que les mesures de rechange* ne s'appliquent pas ou ont échoué, une dénonciation est autorisée par le substitut du procureur général.

- Une déclaration écrite est alors faite sous serment par le policier (celui de l'enquête) à l'effet qu'il y a des motifs sérieux de croire que le jeune a commis une infraction :
- Le substitut du procureur général informe alors le jeune qu'une plainte a été retenue contre lui. On l'amène ensuite devant le juge. S'il n'est pas détenu, il reçoit une sommation et ses parents sont informés de la situation.
- Il y a alors comparution devant le juge qui lit la dénonciation. Le jeune doit enregistrer un plaidoyer de culpabilité ou de non culpabilité. Si l'adolescent plaide non coupable, un procès doit avoir lieu et une date est fixée.

2.4 Le procès

- Si le jeune décide de plaider coupable, le juge l'inculpe et détermine s'il rend immédiatement sa décision ou s'il demande un rapport pré décisionnel* au directeur provincial de la jeunesse.
- Si le jeune maintient son plaidoyer de non culpabilité, le substitut du procureur général s'emploie à démontrer sa culpabilité alors que l'avocat de la défense tente de faire ressortir les lacunes de la preuve. Puis le juge rend son jugement.
- S'il est acquitté, le jeune est relâché et les procédures s'arrêtent.
- S'il est déclaré coupable, le juge peut demander des rapports (médical, psychologique, psychiatrique) sur le jeune afin de l'aider à prendre une décision ou un rapport pré décisionnel.

Ainsi, deux adolescents ayant commis la même infraction peuvent se voir imposer des peines différentes. Les antécédents judiciaires, le soutien familial, le comportement habituel de l'adolescent, son implication lors de l'infraction, sa maturité et la présence de remords sont pris en compte pour déterminer la mesure la plus appropriée.

3. PROBLÉMATIQUES

Il existe différentes formes de délinquance et différents degrés pouvant aller de la délinquance occasionnelle, à la délinquance persistante grave.

3.1 La délinquance d'occasion ou accidentelle
C'est un phénomène considéré comme presque « normal » à l'adolescence. Elle fait référence à des jeunes qui font des gestes contraires à la loi, mais dont le nombre reste limité et la gravité

moindre. Chaque année, environ 81 % des adolescents de 12 à 18 ans commettent des infractions mineures au Code criminel, tels que vols à l'étalage, vandalisme, vols mineurs, etc. Ce type de délit tend à disparaître avec l'âge.

3.2 La délinquance de transition ou prédélinquance

Elle regroupe des jeunes dont l'activité délinquante est plus fréquente et plus grave. Ces jeunes peuvent se livrer à trois à cinq délits annuellement et certains délits peuvent être plus graves que d'autres comme le vol avec effraction. Cette activité délinquante correspond aussi à des caractéristiques psychosociales* précises.

3.3. La délinquance de condition ou caractérielle

Elle se caractérise surtout par la persistance et l'aggravation des délits. Elle commence souvent tôt, vers l'âge de huit ans, par des infractions mineures (vols à l'étalage, larcins) qui progressent rapidement vers des délits plus graves (vols par effraction, vols sur la personne, agressions sexuelles, homicides, etc.).

3.4 Les difficultés vécues par les jeunes issus de l'immigration

Elles peuvent être associées à ces diverses formes de délinquances. D'autres difficultés peuvent s'y ajouter. S'intégrer et s'adapter à un nouveau milieu est parfois difficile pour les plus jeunes. Les enfants sont quelquefois tiraillés entre deux identités ; les tensions reliées à ces conflits identitaires ne sont pas toujours faciles à résoudre. Pour plusieurs, l'association avec d'autres jeunes qui vivent les mêmes difficultés peut faire partie d'une stratégie d'adaptation. Certains, en raison de leur besoin d'appartenance à un groupe, se regroupent en bandes et peuvent poser des gestes délinquants.

D'autres obstacles, notamment ceux qui sont liés aux difficultés économiques que vivent nombre de familles d'immigrants, peuvent aussi surgir. Certains jeunes peuvent croire que la réussite sociale que propose la société d'accueil est hors de leur portée. Ces jeunes sont souvent sur représentés dans les centres de réadaptation*. Une des raisons est que les jeunes issus de ces communautés seraient plus touchés par certaines difficultés : rupture avec le milieu d'origine, conflits culturels et intergénérationnels avec les parents en raison des difficultés d'intégration à la société d'accueil, adaptation scolaire difficile, situation économique précaire, perceptions biaisées de certains intervenants, etc. Dans certains cas, l'adolescent peut aussi craindre que les infractions commises entraînent la déportation de toute sa famille, ce qui constitue un poids supplémentaire pour lui. Le sentiment d'être discriminé peut constituer une autre difficulté.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Prenez le temps de vous situer par rapport à l'ensemble du dossier et de l'étape où en sont rendues les procédures : s'agit-il de l'arrestation, de l'enquête policière, de l'orientation ou de la judiciarisation ? N'hésitez pas à demander qu'on vous fasse part de l'historique du cas avant de commencer l'interprétation.

- ❒ Avant la rencontre, vérifiez auprès de l'intervenant s'il a la possibilité de vous indiquer les expressions particulières (ou le jargon professionnel et judiciaire) qui seront utilisées lors de la rencontre, afin d'être mieux préparé.

- ❒ Prévenez l'intervenant qu'il arrive parfois que la résistance des parents dans ces dossiers provienne de leur ignorance de la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Dans ce cas, l'interprète peut signaler à l'intervenant la nécessité d'explications claires, compréhensibles et accessibles à propos de cette loi. Ces explications peuvent constituer un pré requis pour obtenir la collaboration des parents.

- ❒ Soyez conscient des nombreux préjugés qui circulent dans les communautés à propos de cette loi. Évitez de les atténuer ou de les passer sous silence. Traduisez la totalité de ce qui est émis, le verbal et le non verbal rattaché au contexte. Cela est essentiel pour permettre à l'intervenant d'ajuster ses informations aux réactions du client.

- ❒ Soyez en mesure d'identifier, lors de ces rencontres, les participants présents et leurs rôles. Faites préciser les personnes pour lesquelles vous êtes tenu d'interpréter. Comme plusieurs intervenants sont opposés, pour des raisons de confidentialité, à accepter d'autres personnes que les parents lors des entrevues, soyez prêt à expliquer la dimension culturelle sous-jacente à ces contextes (autonomie, concertation), sans toutefois vous opposer aux décisions de l'intervenant.

- ❒ Souvenez-vous que vous n'avez pas la responsabilité de diriger l'entretien. L'entretien reste sous la responsabilité de l'intervenant et ce dernier a besoin de temps pour établir la relation avec le client. Cependant, n'hésitez pas à demander à l'intervenant d'expliquer les termes professionnels ou juridiques utilisés en cours d'interprétation pour assurer la compréhension des parents.

- ❒ Défendez-vous contre le stress* de la « double loyauté ». Ne vous laissez pas influencer ni par l'intervenant, ni par le client. Si l'un ou l'autre tente de vous pousser à prendre parti, gardez la distance nécessaire. Ne vous sentez pas tenu d'entrer dans une relation vous liant au client ou à l'intervenant.

- ❒ Faites part à l'intervenant de la nécessité d'une pause si la situation devient trop stressante pour maintenir la concentration nécessaire à la qualité de l'interprétation ou pour faire baisser la charge émotive.

5. TERMINOLOGIE

Chambre de la jeunesse
La loi utilise le terme « tribunal pour adolescents » pour désigner l'instance chargée d'entendre les causes impliquant des adolescents accusés d'avoir commis des infractions. Au Québec, c'est la Cour du Québec ou Chambre de la jeunesse qui remplit les fonctions du tribunal pour adolescents. Peu importe le nom qu'on utilise, il s'agit du même tribunal.

Contrevenant
Il s'agit d'un terme juridique qui désigne les délinquants mineurs.

Dossier judiciaire d'un adolescent
Le dossier judiciaire d'un adolescent est conservé dans le répertoire central et peut être utilisé à titre d'antécédent criminel. Il contient entre autre des informations sur l'infraction commise et pour laquelle l'adolescent a été déclaré coupable, notamment, le nom de la loi et le numéro de l'article correspondant à cette infraction et la date de la condamnation. On y trouve aussi la décision prise à l'égard de l'adolescent.

Enquête policière
L'enquête policière vise à recueillir des informations relatives aux événements pour lesquels une plainte a été déposée : vol, agression, fraude, etc. L'enquête permet aux policiers de reconstituer les faits liés à une infraction. Pendant l'enquête, l'agent en charge du dossier peut rencontrer les témoins, rappeler la victime pour obtenir plus de détails ou de renseignements sur sa version des événements. Le policier peut aussi demander à la victime d'identifier certaines personnes ou biens liés à l'incident.

Enquête sous cautionnement.
L'enquête sous cautionnement détermine si le jeune ayant fait l'objet d'une détention provisoire peut être remis en liberté jusqu'au procès.

Foyers de groupes
Les foyers de groupes sont conçus pour les jeunes contrevenants reconnus coupables d'infractions mineures et n'ayant pas besoin d'encadrement restrictif. On compte de six à 12 jeunes par foyer et ils continuent d'entretenir des relations avec leur famille et la collectivité.

LJC
Loi sur les jeunes contrevenants (abrogée en 2002 et remplacée par la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents).

Mesure de rechange
Une mesure de rechange est une alternative au processus judiciaire. Elle est proposée à un jeune qui reconnaît sa responsabilité face à une infraction. Le jeune signe alors une entente avec le délégué à la jeunesse (le représentant du Directeur de la protection de la jeunesse). Il s'engage à accomplir une action quelconque, envers lui-même ou dans la communauté.

Mise sous garde
La mise sous garde est une mesure de détention que l'adolescent doit purger dans un centre jeunesse. Une ordonnance de mise sous garde peut être d'une durée d'un jour jusqu'à trois ans dans les cas les plus graves.

Psychosocial
Qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale.

Rapport pré décisionnel
Le rapport pré décisionnel est un document qui aide le tribunal à imposer une mesure appropriée à un adolescent reconnu coupable d'une infraction. Elle vise à le responsabiliser et à favoriser sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

Réponse à l'accusation
Enregistrer une réponse à l'accusation, c'est le fait de dire au tribunal que l'on se reconnaît non coupable ou coupable d'une infraction reprochée.

Taxage
Extorsion d'objets divers ou d'argent, souvent accompagnée de violence, commise habituellement par des jeunes aux dépens d'autres jeunes.

Vol par effraction
Vol commis en brisant quelque chose comme une serrure, une fenêtre, etc.

3.6 LA VIOLENCE CONJUGALE ET FAMILIALE

1. CARACTÉRISTIQUES

La violence inclut les notions de pouvoir, d'abus, d'intention de nuire et de menace pour la collectivité. La violence se distingue de l'agressivité (état) et de l'agression (comportement). On peut parler du degré de manifestation de la violence, en lien avec le comportement violent manifesté (gifle ou coup de couteau...). On peut aussi préciser le milieu où la violence se déroule comme en milieu conjugal, familial ou scolaire, etc.

La violence conjugale* est une forme de violence dont **l'un des conjoints** est l'auteur et l'autre, la victime*. Plusieurs aspects rendent ce type de violence complexe. Ainsi, la *relation* particulière de la victime avec son agresseur ; l'amour devient souvent prétexte au pardon ou à la violence. Le caractère *privé* de l'agression qui a souvent lieu au foyer et à l'abri des regards. Le caractère *quasi unidirectionnel* du geste violent d'un conjoint envers l'autre : cette violence n'est pas toujours retournée par la victime. Enfin, le caractère de *légitimité* que se donne l'abuseur en tant que conjoint et la grande difficulté d'agir pour la victime qui est souvent préoccupée par les répercussions sur les enfants ou la famille et qui hésite à en parler, en font une problématique très particulière. En matière de violence conjugale, la personne violente a donc pour objectif de contrôler le comportement de l'autre en le terrorisant. La violence peut aussi avoir lieu de la part d'une conjointe envers son conjoint ou tout autre membre de la famille.

La violence familiale peut avoir un effet **sur les enfants**. Les enfants qui sont témoins de violence dans leur famille sont plus susceptibles de maltraiter plus tard leur conjoint(e) ou leur partenaire et, en grandissant, ils risquent plus de considérer les mauvais traitements* comme quelque chose de naturel dans une relation. Les enfants qui grandissent dans une famille où les adultes sont violents auront tendance à croire que cette violence est normale. Face à la violence, les enfants peuvent vivre des problèmes graves tels que problèmes scolaires, manque de sommeil, uriner au lit, agressivité, etc. La violence perpétrée à l'endroit d'un conjoint ou des enfants, est interdite par la loi.

La violence conjugale ou familiale au sein des **familles issues des communautés ethnoculturelles** est très semblable à celle vécue dans les autres milieux, mais elle est amplifiée par des difficultés spécifiques à l'immigration. Ces difficultés sont relatives au contexte de départ des familles immigrantes et aux statuts qui leurs sont attribués à leur arrivée. En outre, elles se retrouvent en situation d'intégration dans une nouvelle société et elles doivent faire face à des valeurs et à des modes d'intervention souvent en contradiction avec leur propre culture, ce qui engendre des difficultés spécifiques et augmente parfois le degré de vulnérabilité de la victime, surtout si elle a perdu son réseau de soutien lors de sa migration.

2. FONCTIONNEMENT

Les objectifs habituels de l'intervention en cas de violence visent la sécurité et la protection des conjoints violentés et de leurs enfants. On tentera aussi d'atténuer les effets de la violence sur les enfants et sur l'autre conjoint. La notion d'*autonomie* est souvent au cœur de la démarche entreprise. En effet, de nombreux conseillers mentionnent qu'il faut travailler sur ***l'estime de soi et l'indépendance*** afin d'augmenter la force des conjoints. Cependant, certaines personnes affirment qu'il est parfois difficile d'introduire cette notion d'indépendance, une valeur des sociétés individualistes. Chez certaines familles immigrantes, l'interdépendance est très présente et les liens avec la communauté ne sont pas faciles à rejeter.

La violence se déroule selon un processus fréquent, appelé ***« le cycle de la violence »*** : la tension monte, puis l'agresseur fait preuve de violence. L'« *explosion* » est ensuite suivie d'une période de calme. L'agresseur peut alors s'excuser et promettre de ne plus recommencer. Pourtant, avec le temps, *la tension* peut monter de nouveau et l'agresseur peut se livrer à d'autres actes de violence. Même si les victimes de violence conjugale font face à des situations parfois très différentes, elles traversent un certain nombre d'étapes semblables.

2.1 Demande d'aide
Appel au 911 ou à la police par la victime ou par un voisin et visite de policiers patrouilleurs au domicile. La personne peut aussi se rendre directement au CLSC et demander du soutien face à la violence qu'elle subit.

2.2 Rencontre des conjoints
Entrevue avec chaque conjoint séparément ; possibilité d'avoir recours à de l'aide pour l'un ou l'autre des conjoints, si le plaignant ou la plaignante ne parle pas français ou anglais.

2.3 Décision des policiers selon la situation
Si la personne est blessée ou a été menacée de mort ou de blessures graves, les policiers sont tenus d'arrêter le conjoint, même si la victime ne porte pas plainte. Si le conjoint n'est pas sur place, ils peuvent demander à un juge d'émettre un mandat d'arrestation ou le rechercher et l'arrêter sans mandat et l'amener au poste de police.

- S'il n'est pas violent au moment de l'arrestation, ils le remettent en liberté mais le dossier est transmis au procureur* qui décidera s'il y a lieu de porter des accusations.
- Ils peuvent aussi ne pas arrêter le conjoint et remettre le dossier à l'enquêteur de police qui devra compléter l'enquête.
- S'il n'y a pas d'infraction, ils ne procéderont pas à l'arrestation du conjoint, mais ils compléteront un rapport qui pourra servir lors d'un autre appel.

2.4 Premières mesures de soutien
Les policiers, selon le protocole de collaboration, donnent d'abord à la victime des informations sur les centres d'hébergement et offrent de l'y conduire. Ils peuvent aussi fournir du soutien aux victimes qui refusent d'y être référées. Ils doivent faciliter la référence et l'accès à des services de consultation en matière de violence conjugale.

2.5 Transfert du dossier à un enquêteur
Éventuellement, un enquêteur de police peut demander à rencontrer la victime pour compléter le dossier. Le dossier sera remis au procureur* de la couronne qui évaluera s'il porte des accusations contre le conjoint. L'enquêteur devient la personne contact pour la victime. Il pourra lui donner des informations sur son conjoint, la date du témoignage, etc.

2.6 Décision du procureur de la couronne
Le procureur de la couronne évaluera, à partir de la déclaration de la femme, de celle du conjoint, de celle du témoin et du rapport médical, s'il y a lieu, et d'autres éléments de preuve remis par l'enquêteur de police, le type d'accusation à porter. Une fois ce processus commencé, il n'est pas possible de retirer la plainte.

2.7 Identification de la meilleure solution : partir ou rester
La victime doit penser à sa propre sécurité, mais aussi à celle de ses enfants. La décision peut être de partir pendant une courte période ou de façon permanente, mais sans mettre fin au mariage ou à la relation. Il faut alors se demander : Quel est le danger de rester ? La personne est-elle en sécurité ? Y a-t-il une arme à feu dans la maison ? ou A-t-il utilisé une autre arme

(couteau, bâton) ? L'agresseur prend-il de la drogue ou consomme-t-il trop d'alcool ?, etc.

2.8 La victime décide de rester avec son conjoint
Cette décision peut sembler la meilleure pour certaines femmes. La victime devrait cependant conserver des notes indiquant la nature et la fréquence des mauvais traitements. Il lui est souvent recommandé de noter l'adresse et le numéro de téléphone des personnes qui seraient susceptibles de l'aider. L'agresseur qui souhaite modifier son comportement, peut obtenir du *counselling*.

2.9 La victime décide d'accuser son conjoint
Si une accusation est portée contre l'agresseur et qu'il est arrêté, il se peut qu'il ne reste en prison que quelques heures en attendant de comparaître devant le tribunal lors de l'enquête sous cautionnement*. Ensuite, l'agresseur sera libéré, à moins que le tribunal ne décide de le maintenir en prison. Si le conjoint victime craint pour sa sécurité, il doit le mentionner à la police. Le tribunal pourra alors interdire à l'agresseur d'appeler ou d'approcher la victime par exemple.

2.10 La garde des enfants
Si la victime quitte le domicile pour se soustraire à un environnement de violence, elle peut demander la garde des enfants*. Il faut alors demander immédiatement, grâce à l'aide d'un avocat, une ordonnance* de garde au tribunal. L'avocat peut aussi demander d'ordonner au père d'apporter un soutien financier. Si la garde des enfants est obtenue par la victime, un droit de visite sera probablement accordé à l'autre parent.

La visite de l'accusé aux enfants aura d'abord lieu dans un endroit neutre et sous supervision, pour éviter qu'il ne découvre le nouveau domicile de la victime. Il est préférable que la victime ou son entourage avertisse l'avocat si l'autre parent risque de tenter d'emmener les enfants à l'étranger. Le tribunal peut ordonner que les passeports des enfants demeurent au tribunal. Si les enfants sont des citoyens canadiens, la victime ou son entourage doit contacter le Bureau des passeports au 1-800-567-6868 ou au (613) 994-3560 et inscrire le nom des enfants sur une liste pour que la victime puisse en être avertie, si le conjoint essaye d'obtenir un passeport pour eux. Si les enfants détiennent une autre nationalité, la victime ou son entourage doit communiquer avec l'ambassade ou le consulat du pays des enfants pour demander de refuser de délivrer un passeport à ces derniers.

2.11 Culpabilité de l'agresseur
Si l'agresseur plaide coupable de voies de fait* perpétrées à l'endroit de la victime ou des enfants, le tribunal pourra lui infliger une peine qui peut prendre la forme d'une amende, d'une ordonnance de probation*, d'une période d'emprisonnement ou d'une combinaison de plusieurs de ces peines. Il se peut que l'agresseur doive se soumettre à du counselling comme condition de son ordonnance de probation. Si l'agresseur plaide non coupable, la victime devra témoigner à son procès. Plusieurs mois pourront s'écouler avant le début du procès. Si le tribunal estime que l'agresseur est coupable, il lui infligera une peine.

3. PROBLÉMATIQUES

Les difficultés spécifiques dont sont victimes les familles issues des communautés culturelles, et particulièrement celles qui sont récemment immigrées, varient en fonction du contexte de départ, de leur statut (résident permanent, requérant du statut de réfugié, etc.), à leur arrivée dans le nouveau milieu, et du processus d'intégration dans ce milieu.

3.1 Problématiques reliées au contexte du départ

Les conditions de départ vont influencer les réactions face à la violence dans le milieu d'accueil.

- Le **contexte de départ** est souvent déjà marqué par la violence de la guerre ou par des persécutions politiques dont les immigrants ou des membres de leur famille sont l'objet. Dans certains conflits armés, la protection des femmes disparaît et le viol est souvent utilisé pour humilier la communauté, ce qui peut être perçu comme une honte et un déshonneur par la suite ; ces femmes se retrouvent donc doublement violentées, par l'agression physique*, puis par le rejet de la communauté. Face à ce rejet, il n'est pas étonnant que certaines hésitent à quitter un conjoint, même violent. D'autres femmes doivent vivre dans des situations économiques très précaires. Il arrive aussi que la cohésion familiale soit menacée par le démantèlement de la famille, l'obligation de laisser certains membres au pays ou la culpabilité de réussir à partir sans savoir ce qui est arrivé à d'autres personnes demeurées sur place. La décision du départ est parfois prise par d'autres personnes et ne fait pas toujours partie du choix des deux conjoints, ce qui influence la motivation à s'intégrer, à connaître le nouveau milieu et à rechercher de l'aide.

3.2 Problématiques reliées au statut migratoire

Le **statut** avec lequel les femmes doivent commencer leur insertion peut avoir une forte influence sur leurs réactions face à la violence de leur conjoint. Quitter leur conjoint signifie souvent devoir faire face à un isolement encore plus important et en outre, à une perte de statut social et économique, surtout pour celles qui viennent de milieu aisé ; tout cela rend le choix difficile à effectuer.

- Par exemple, certaines femmes sont **parrainées** par leur conjoint ; elles hésiteront donc à appeler la police ou à rechercher de l'aide de peur que le conjoint retire le parrainage. Même si le conjoint la menace de la faire expulser, elle ne pourra pas l'être, sauf si elle a commis un acte criminel. Il est possible aussi qu'elle préfère ne pas porter plainte de peur que son mari soit expulsé, enlevant ainsi un père aux enfants.
- Dans le cas de **revendicateurs du statut de réfugié**, la victime peut craindre d'appeler la police. Elle ne veut pas voir son conjoint arrêté et accusé d'acte criminel (violence à son égard), puis expulsé. Elle a alors trois possibilités :
  - Elle peut faire seule la demande comme revendicatrice du statut de réfugiée, invoquant les mêmes motifs que ceux de son mari, s'ils s'appliquent à elle.
  - Si son conjoint est expulsé, elle peut invoquer la crainte pour sa vie, si elle retourne dans son pays, en raison de son sexe.
  - Si le statut de réfugié lui est refusé, elle peut demander de demeurer au Canada, pour des motifs humanitaires.

Il existe plusieurs autres contextes possibles. Chacune de ces situations est particulière et parfois fort complexe. Les interventions doivent donc tenir compte de la situation légale (et parfois illégale) dans laquelle se trouve la victime de violence. Il faut prendre le temps de les examiner attentivement.

3.3 Problématiques reliées au processus d'intégration dans le nouveau milieu

En contexte migratoire, la communication avec les institutions et les intervenants est fortement influencée par la connaissance des **langues** en usage et les **valeurs** du pays d'accueil. En outre, les perceptions qu'ont les immigrants du milieu policier limitent la confiance accordée à ce personnel.

- En effet, l'isolement provoqué par la faible maîtrise des langues du pays d'accueil réduit la possibilité de connaître les ressources, et d'y accéder. Cela diminue la possibilité des immigrantes de sortir de leur isolement. En outre, comme c'est souvent le conjoint ou les enfants qui sont mieux intégrés grâce au travail ou à l'école, les conjointes peuvent se

sentir plus dépendantes. Cependant, lorsqu'elles peuvent communiquer grâce aux interprètes, la crainte que leur situation soit connue du conjoint ou de sa famille les incite souvent à se taire.

- Ainsi, l'importance accordée à l'individu (au lieu de la famille ou de la communauté) marque les modes d'intervention. Pour plusieurs, la violence est un sujet devant être traité à l'intérieur de la famille, mais les intervenants invitent les victimes à en discuter avec des étrangers. La séparation est une solution qui provoque parfois le rejet par l'ensemble de la communauté et qui peut créer une plus grande solitude, en plus du déshonneur.
- L'isolement social provoqué par la perte du réseau familial et communautaire du pays d'origine peut manquer terriblement et provoquer stress° et angoisse°.
- Enfin, les personnes issues de milieu totalitaire sont très méfiantes envers les policiers, ce qui les incite à refuser de s'adresser à eux, réduisant donc leurs possibilités de demander de d'aide.

3.4 Problématiques reliées à l'interprétation de la dimension culturelle dans la violence

Certaines personnes tombent facilement dans le piège de « **culturaliser la violence** » parce qu'on se retrouve en contexte interculturel. Certains intervenants peuvent penser que « battre un conjoint, c'est culturel ». Il est vrai que dans certaines sociétés, des personnes peuvent parfois considérer approprié de corriger un conjoint ou un enfant qui s'est franchement mal comporté, mais cela est fait dans le cadre de certaines règles. Il n'est pas culturel de frapper fortement son conjoint à tout propos et sans raison. Le changement de pays, la rupture avec la famille élargie, qui contribue à apporter son aide et à contrôler les excès du conjoint, provoquent des changements auxquels certains immigrants ont peine à s'adapter. C'est souvent d'un soutien dont ils ont besoin plus que d'une séparation. Enfin, il existe une différence importante entre un parent ou un conjoint qui frappe une autre personne sans en avoir conscience, celui qui la frappe parce qu'il est épuisé et celui qui la frappe pour la corriger. Dans tous les cas, on peut être en désaccord avec le procédé, mais il faudra savoir adapter son mode d'intervention.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ En collaboration avec l'intervenant, accordez une attention particulière au climat de confiance à établir dans le contexte de la violence familiale. Ne vous étonnez pas cependant si certaines personnes continuent de refuser l'interprète. Plusieurs d'entre elles sont convaincues que l'autre conjoint sera informé de la démarche entreprise. Certaines victimes peuvent hésiter à se confier à l'intervenante par peur du jugement de valeur de cette dernière. Elles peuvent penser qu'en parlant de la situation, elles ternironf l'image de leur communauté. De plus, elles peuvent craindre de déshonorer la famille si elles portent plainte contre le conjoint violent. Demeurez sensible à ces divers motifs. L'interprète pourra rappeler à l'intervenant l'importance d'expliquer le rôle de l'interprète qualifié et la confidentialité à laquelle il est tenu afin d'établir la confiance du client. Il pourra aussi prévenir l'intervenant que plusieurs personnes refuseront de parler devant leurs enfants.

- ❒ N'hésitez pas à signaler à l'intervenant la complexité qui découle parfois du statut migratoire particulier de la victime. Il s'agit d'une dimension quelquefois méconnue par les intervenants.

- ❒ Ne vous étonnez pas de constater que la cliente change d'idées à plusieurs reprises. Cela fait partie du processus de prise de décision de la victime qui craint souvent de voir les enfants perdre leur père ou qui veut éviter le rejet de sa communauté.

- ❒ Accordez une grande attention à l'interprétation culturelle lors de ces rencontres. Par exemple, la réprobation de la communauté dont sont l'objet certaines victimes rend la solution de la séparation particulièrement pénible. Cette réprobation les confine dans la solitude. D'autres stratégies peuvent être requises pour compenser cette solitude, s'il y a séparation.

- ❒ Évitez le piège de culturaliser la violence parce qu'on se retrouve en contexte interculturel. C'est parfois d'un soutien dont la famille a le plus besoin. Face aux préjugés d'un intervenant, assurez-vous de faire comprendre la véritable dimension culturelle impliquée dans le cas. Toutes les familles ont droit aux mêmes services, même s'ils doivent parfois être adaptés.

- ❒ Soyez préparé à interpréter des situations et des propos pénibles qui risquent de vous troubler. Vérifiez auprès des intervenants si vous pouvez recevoir du soutien. Même s'il est parfois difficile de se détacher des émotions qui surgissent lors de l'entrevue et du poids de la souffrance de l'histoire du client, ne vous laissez pas envahir par son récit.

- ❒ Soyez transparent et n'hésitez pas à vous confier à l'intervenant si vous vous sentez mal à l'aise de devoir interpréter à la fois pour la victime et pour le partenaire violent. Si nécessaire, faites lui connaître votre appréhension quant à la difficulté à maintenir votre impartialité dans un tel contexte.

- ❒ Rappelez-vous que le secret observé par l'intervenant et l'interprète garantit le climat de confiance indispensable à la qualité de la relation établie entre le patient et l'intervenant.

- ❒ N'hésitez pas à avoir une rencontre avec l'intervenant pour discuter des observations effectuées pendant l'interprétation. Bien des centres femmes venant en aide à des femmes violentées préfèrent avoir une femme comme interprète. En outre, elles tendent à faire en sorte que l'adresse demeure inconnue des hommes. Il est donc préférable d'éviter de se faire accompagner par un homme jusqu'à cette adresse.

5. TERMINOLOGIE

Agression physique
Attaque contre une personne ou ses biens. Le fait de mordre, de faire tomber, de tordre un bras, de bousculer, de frapper une autre personne, sont des exemples d'agression physique. En outre, gifler, étouffer, tirer les cheveux ou donner des coups de poing et des coups de pied en sont aussi. Utiliser une arme contre l'autre, le battre, le jeter par terre constitue d'autres formes d'agression physique.

Aide juridique
Le requérant admissible à l'aide juridique reçoit les services juridiques d'un avocat permanent de l'aide juridique ou, s'il en fait le choix, d'un avocat de pratique privée qui accepte le mandat. La personne qui en bénéficie ne paie aucun montant à l'avocat sauf, s'il y a lieu, les montants établis pour les requérants admissibles avec contribution.

Enquête sous cautionnement
Procédure judiciaire qui a lieu une fois qu'une personne a été arrêtée et accusée. Le tribunal décide si l'agresseur devrait être remis en liberté sous condition. Il peut, par exemple, lui interdire de communiquer avec la victime ou il peut ordonner que l'accusé demeure en prison jusqu'à ce que le tribunal se prononce sur les accusations.

Garde des enfants
Le parent qui a la garde des enfants est déterminé légalement et il devient la personne responsable des principales décisions concernant leur éducation et leur instruction. Généralement, quand la mère a la garde des enfants, ces derniers vivent avec elle, mais ils peuvent rendre visite à leur père.

Harcèlement criminel
Il y a harcèlement criminel si l'agresseur ne cesse de suivre ou de communiquer avec la victime, de façon répétée, ou s'il surveille la victime ou les enfants ou se comporte d'une manière menaçante envers eux.

Maison d'hébergement
C'est un endroit où la victime peut demeurer en toute sécurité pendant quelques semaines avec ses enfants. On lui demandera peut-être de contribuer à son séjour, selon ses moyens financiers. Le conjoint violenté n'est pas obligé de dire son nom. On peut aussi appeler pour obtenir des conseils.

Obligation de ne pas troubler la paix
L'obligation de ne pas troubler la paix est une ordonnance assortie de conditions, rendue par un tribunal de juridiction criminelle. Par exemple, l'agresseur peut se voir interdire d'approcher, d'écrire ou de téléphoner à la victime.

Ordonnance de probation
Il s'agit d'une ordonnance émanant d'un tribunal de juridiction criminelle qui peut faire partie de la peine infligée à un contrevenant. La personne qui fait l'objet d'une ordonnance de probation se verra imposer des conditions à sa mise en liberté (par exemple, obtenir du counselling).

Ordonnance d'un tribunal civil ou d'un tribunal de la famille
Si l'on craint pour sa sécurité et que l'on ne veut pas demander l'aide de la police, on peut obtenir une ordonnance auprès d'un tribunal civil ou d'un tribunal de la famille.

Procureur
Il s'agit de l'avocat qui représente le gouvernement. Le procureur de la couronne présente la cause au tribunal lorsqu'un crime a été commis.

Victime
La victime désigne « la personne qui souffre par la faute d'autrui ». Personne qui subit la haine, les tourments, les injustices de quelqu'un.

Violence conjugale
Blessures violentes et traitement brutal infligés à un membre de la famille par un autre membre de cette famille.

Violence physique
Agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. Le conjoint ou le parent qui fait preuve de violence physique donne des coups, secoue l'autre personne, la gifle, lui broie les mains, l'immobilise, la séquestre, l'attache, fait mine de l'étrangler, de la frapper avec un bâton, etc. (voir agression physique).

Violence psychologique
La violence psychologique, c'est une série d'attitudes et de propos méprisants et humiliants. La personne qui utilise la violence psychologique dénigre les capacités intellectuelles de l'autre personne ou lui reproche d'avoir peu de talents sexuels. Il critique sa façon d'éduquer leurs enfants ou de cuisiner et

lui renvoie d'elle-même une image d'incompétence, de nullité.

Violence sexuelle

Forcer l'autre conjoint à avoir des rapports sexuels avec soi ou avec d'autres personnes, l'attacher, le mordre, le pénétrer par l'anus sans son consentement explicite, tout en proférant des termes dévalorisants, l'obliger à se prostituer sont des exemples de violence sexuelle.

Violence verbale

La violence verbale est reliée à des éclats de voix, des cris, des hurlements, un ton de voix plus élevé ou un ton de voix plus bas ou plus suave, pour intimider l'autre conjoint ou le menacer. Le conjoint peut garder son timbre de voix habituel, mais abreuver l'autre d'insultes, d'injures, de menaces ou de sarcasmes.

Voies de fait

Les voies de fait sont l'utilisation de la force, ou la menace d'utiliser la force, contre une autre personne sans son consentement.

VC

Expression souvent utilisée pour parler d'un évènement de violence conjugale (un VC).

3.7 LES SERVICES À DOMICILE

1. CARACTÉRISTIQUES

Les services à domicile comprennent l'ensemble des services qui sont requis par une personne ayant des incapacités* et qui sont fournis à domicile. Ils ont pour but de compenser les limites fonctionnelles éprouvées et d'éliminer les obstacles à la réalisation de ses habitudes de vie quotidienne, dans un milieu résidentiel ordinaire.

Les services à domicile concernent divers types de besoins assumés parfois par le CLSC, parfois par des organismes communautaires. Certains de ces services sont gratuits, d'autres requièrent une contribution. ***L'aide physique*** qui inclut les services requis pour les besoins fondamentaux (l'hygiène, l'habillement, l'alimentation) et les ***soins de santé***, soit tous les services infirmiers et paramédicaux (pansements, prise de sang, etc.) sont assurés par les CLSC. ***L'aide domestique*** (la préparation des repas, l'entretien du domicile, la lessive, l'approvisionnement) et le ***soutien civique*** (planifier et administrer un budget, remplir des formulaires administratifs, etc.) sont plus souvent assumés par les organismes sans but lucratif (OSBL).

Ces divers services sont habituellement désignés par les termes suivants :

1. Les services **d'aide pour la vie quotidienne ou AVQ** soit se nourrir, se laver, s'habiller, entretenir sa personne, les soins relatifs aux fonctions vésicales ou intestinales et l'usage des toilettes.
2. Les services **d'aide pour la vie domestique ou AVD** ; ils touchent surtout l'entretien de la maison, la préparation des repas, les courses, la lessive, l'usage du téléphone, le déplacement, la prise de médicaments et la gestion de son budget.
3. Les **soins médicaux à domicile ou SMD** sont des services infirmiers spécialisés, des actes médicaux à domicile, des services paramédicaux de réadaptation ou psychosociaux, etc.
4. **Les soins de réadaptation à domicile** concernent surtout l'aspect physiologique et sont parfois offerts par des ergothérapeutes ou des techniciens en physiothérapie.
5. **Les activités reliées à l'intégration sociale** visent à aider la personne à demeurer active dans son environnement.
6. **Les soins palliatifs à domicile*** permettent d'éviter le retour à l'hôpital, bien que parfois, un dernier séjour aura lieu lors de la toute dernière période de vie du patient.

La philosophie qui influence ces services est caractérisé par l'accent mis sur les capacités de la personne et sur les activités qu'elle réalise en visant la réduction des obstacles qu'elle rencontre. Les forces et les choix de la personne sont au centre de cette approche. Puisqu'il faut s'appuyer sur les activités habituelles de la personne, il devient important de bien connaître le milieu pour procéder à une évaluation appropriée de ses besoins. Lorsque des personnes ne peuvent pas communiquer en français, l'interprète culturel sera une aide précieuse.

2. FONCTIONNEMENT

Ces soins et services sont assurés par diverses organisations ou personnes. Les entreprises d'économie sociale, les agences privées pour les bains surtout, certains organismes communautaires, pour le transport ou des visites, un organisme non gouvernemental tel que *Entraide Ville Marie* pour les soins palliatifs constituent quelques exemples. Les aidants naturels* et les auxiliaires familiales du CLSC ou d'agences privées contribuent aussi grandement à ces soins.

La façon dont se déroule la demande de service est celle-ci :

2.1 Demande de service
Les usagers peuvent faire une demande de services à domicile aux CLSC de quatre façons : par une demande directe, la demande est alors faite par un membre de la famille ou un proche. Il peut s'agir aussi d'une référence par le médecin traitant ou par un établissement (centre hospitalier*, centre de réadaptation*). La demande de service peut aussi provenir d'un intervenant du CLSC ou d'un organisme communautaire.

2.2 Évaluation
De façon générale, un intervenant du CLSC procédera à l'évaluation de la demande faite, à partir d'une grille développée à cet effet par souci d'équité. Cette grille permet d'identifier des facteurs de risque (incapacités, problèmes de santé, situation de vulnérabilité et de danger, problématiques associées et conditions du milieu social). À partir des informations recueillies, l'intervenant rend une décision sur l'admissibilité de la demande. Notez que lorsque la personne ne peut plus être maintenue à domicile pour des raisons de perte de mobilité importante, elle sera hébergée en CHSLD.

2.3 Plan d'intervention
À la suite de l'évaluation, le cas est soumis à un comité pour identifier le degré de priorité et établir le plan d'intervention.

2.4 Application du plan d'intervention
Par la suite, le dossier est **transmis à la personne pivot** qui est responsable du dossier. En effet, le dossier est attribué à un gestionnaire de cas ou pivot pour assurer l'application du plan d'intervention. Si la demande est jugée admissible, elle peut être soit non priorisée par manque de ressources, soit retenue pour évaluation. Dans ce dernier cas, une priorité d'évaluation est déterminée selon les options suivantes :
Priorité 1 : immédiat, situation de crise ;
Priorité 2 : 48 heures, situation de crise potentielle ;
Priorité 3 : moins d'une semaine, pas de crise ou de danger appréhendé ;
Priorité 4 : moins de deux semaines, usager en sécurité.

2.5 Suivi
Il y aura ensuite un suivi assuré par la personne pivot et une réévaluation du cas une fois par année.

3. PROBLÉMATIQUES

Lors de cette évaluation à domicile, l'interprète devra porter attention à divers aspects à considérer. Toutefois, il devra se garder de présumer qu'il existe des différences culturelles uniquement parce que le nom du client est différent.

Par exemple, lors de la **cueillette des renseignements**, quelques points retiendront son attention. À qui doit-on s'adresser ? Le sexe de l'intervenant est-il différent de celui du client et cela risque-t-il d'influencer les réponses ? Prend-on le temps d'expliquer les objectifs de ces questions ? Certaines questions risquent-elles de choquer la famille (pudeur vis-à-vis l'hygiène personnelle) ? Comprend-on vraiment le sens des questions posées ou serait-il souhaitable d'obtenir plus d'explications ?

Concernant les **soins à donner**, est-on sensible à l'état d'esprit du patient face à sa conception des soins requis ? Les croyances entourant la conception des soins appropriés à offrir sont diversifiées et peuvent évoluer (explication de la cause d'une maladie, effets sur la conception des soins à offrir, sur les décisions à prendre, etc.). Quelles sont les informations qu'il est possible ou interdit de véhiculer à la personne concernée ou aux autres personnes présentes (conjoint, enfants, etc.) ?

Lors de la **toilette intime**, est-on préoccupé par les habitudes culturelles concernant la façon de laver une personne, de la dévêtir totalement ou pas, par l'horaire des bains souhaité, par les produits privilégiés, etc. ? Être conscient qu'il est peu courant et même inacceptable pour certaines personnes d'aborder des sujets relatifs aux soins intimes (hygiène, bains, toilette personnelle etc.) avec une personne de sexe opposé.

Demeure-t-on sensible au fait que les **modes d'expression de la douleur** peuvent varier, qu'un silence ne correspond pas toujours à une absence de douleur et qu'une forte expression de la douleur n'est pas nécessairement reliée à un plus haut degré de souffrance ?

La **perception entretenue envers le personnel médical** varie parfois ; certains perçoivent l'infirmière comme un docteur et une confidente ce qui rend parfois le personnel infirmier mal à l'aise. De plus, certains soins (donner une piqûre) sont considérés relever du rôle du spécialiste. Dans certaines familles, il devient plus difficile de former le patient ou l'aidant naturel à le faire.

Il peut être important de connaître les règles religieuses reliées à l'**alimentation**, les exigences diététiques et nutritionnelles qui émergent des croyances. Est-on conscient que certains besoins peuvent être différents, tels que le choix de catégorie d'aliments et les lieux de provenance de cette nourriture ?

De plus, les **valeurs** favorisées comme la prise en charge par la famille, le choix de l'aidant naturel, le fardeau ressenti par les aidants naturels ne correspondent pas toujours à ce qui est attendu par les intervenants. Ainsi, l'importance accordée à l'autonomie dans la culture nord-américaine et, par conséquent, la stigmatisation* associée à la perte d'autonomie, n'encourage pas ses membres à exprimer leurs besoins. On condamne souvent les personnes qui demandent de l'aide sans avoir fait tous les efforts pour s'en sortir seules. On estime qu'il est négatif d'envisager d'être sous la dépendance d'une autre personne. Par contre, certains malades auront le réflexe de considérer que leurs enfants se doivent de les prendre en charge, que cela va de soi, que c'est naturel, ce qui irrite le personnel. Interpréter dans de telles conditions exige des habiletés particulières sur le plan culturel et une grande délicatesse au niveau relationnel.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Prenez le temps de vous situer dans le processus de soins à domicile*. Demandez quels sont l'objet et le but de la rencontre afin de veiller aux particularités culturelles de la situation.

- ❒ N'hésitez pas à informer l'intervenant à propos des rituels à considérer au domicile du client. Faut-il enlever ses chaussures, serrer la main, avec quelles personnes doit-on le faire, les rafraîchissements ou petits cadeaux offerts, doivent-ils être considérés comme importants, etc. ?

- ❒ N'hésitez pas à attirer l'attention de l'intervenant à propos de l'importance de la concertation pour certaines familles. Pour elles, ce qui se passe pour leurs aînés concerne toute la famille. L'information doit donc être accessible à l'ensemble des membres de la famille. Cela ne doit pas être nécessairement considéré comme un manque de confidentialité.

- ❒ À domicile, soyez attentif à la diversité des aspects culturels à considérer, particulièrement la dimension de l'espace. La façon dont sont organisées les salles de bains, le refus de perforer les fines tuiles de porcelaine pour les barres de soutien, la résistance à enlever des portes coulissantes pour l'aide au bain rendent le rôle de l'interprète essentiel. Parfois, l'ergothérapeute a besoin de procéder au réaménagement de l'espace, ce qui exige une réorganisation pour procéder aux exercices. Soyez préparé à véhiculer le complément culturel relevant de ces situations. Aidez l'intervenant à faire montre de souplesse dans la recherche de solutions afin de l'appuyer dans sa recherche de solutions adaptées.

- ❒ Anticipez les émotions d'entretiens à haut risque comme une histoire traumatique, une décompensation psychiatrique, un choc relié à une révélation médicale douloureuse (cancer, séropositivité HIV, handicap, etc.), un désarroi après un refus d'asile, etc. Cela vous aidera à faire face aux émotions qui risquent de survenir.

- ❒ Soyez prêt à informer le professionnel que le placement des personnes âgées est vécu difficilement par la plupart des familles. Quelle que soit leur origine, cela peut être considéré comme de la négligence et être perçu comme un manque de considération. L'interprète permettra à l'intervenant d'identifier les valeurs du client et de sa famille pour les aider et les accompagner à faire le deuil de cette décision. Il est vrai que la grande diversité culturelle au sein d'une même communauté peut rendre difficile le décodage de ces diverses variations culturelles. Cependant, la vigilance demeure importante pour l'interprète.

5. TERMINOLOGIE

Centre de réadaptation (CR)
Centre qui offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale en raison d'un handicap physique ou mental, de troubles du comportement, de problèmes psychosociaux ou familiaux, d'alcoolisme ou d'autres problèmes de toxicomanie, aux personnes qui en ont besoin.

Centre de soins de longue durée (ou centre d'hébergement) (CHSLD)
Centre offrant un milieu de vie substitut. Il s'agit de services d'hébergement ainsi que de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux, aux adultes. Souvent, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ils ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Déficience
Perte, malformation ou anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est observable, mesurable et fait l'objet d'un diagnostic.

Handicap
Une personne éprouvant un désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité. Son handicap limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux.

Incapacité
Toute réduction totale ou partielle résultant d'une déficience, dans la capacité d'accomplir une activité.

MAD
Maintien à domicile

MADO
Maladie à déclaration obligatoire

Maladie chronique
Maladie ayant un développement graduel et une durée indéfinie. L'artériosclérose, l'emphysème, l'hypertension et le diabète en sont des exemples.

Orthèse
Appareil destiné à restituer la fonction, à compenser, à accroître ou même à corriger les difformités du corps ou d'un membre qui a perdu sa fonction (minerve, collier, corset, semelles orthopédiques, etc.)

Prothèse
Appareil destiné à remplacer en tout ou en partie un membre amputé ou mal formé congénitalement et à lui restituer sa fonction ou son aspect original (prothèse de la hanche, prothèse auditive, prothèse dentaire, etc.)

Résidence d'accueil
Milieu de vie substitut qui se rapproche le plus possible du milieu familial. Lieu qui héberge des adultes qui nécessitent support et aide dans leurs activités quotidiennes, mais de façon moins intensive que dans un centre de longue durée.

Soins palliatifs
Soins dispensés en phase terminale d'une maladie afin d'atténuer la souffrance du client. Traitements de confort et de support.

Traumatisme
Ensemble des lésions provoquées accidentellement par un agent extérieur ; ensemble des troubles qui en résultent (traumatisme crânien par exemple).

3.8 SANTÉ MENTALE

1. CARACTÉRISTIQUES

La santé mentale est une notion complexe, qui varie selon les époques, les cultures, les milieux et les individus. En Amérique du Nord, elle peut être définie ainsi : « un processus d'équilibre psychique chez une personne, à un moment donné, lequel s'apprécie entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. » (Corin *et al.*, 1985). La santé est donc influencée par des conditions multiples et interdépendantes, telles les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

Même si tout être vivant possède un organisme aux caractéristiques semblables, **la perception qu'il s'en fait** peut être fort différente et influencer les conceptions « d'ordre ou de désordre » attribuées à cet organisme, de même que ce qui est considéré comme une « maladie » ou une « normalité ». Ainsi, une personne qui *entend des voix* peut inquiéter un intervenant, surtout si dans la culture de cet intervenant, le rationnel est valorisé ; cependant, cela sera jugé comme davantage normal si, dans le milieu du patient, les rapports avec les ancêtres et la dimension spirituelle sont importants. De même, le fait qu'une personne s'estime *envoûtée* peut être considéré comme pathologique dans la culture occidentale où l'on croit peu aux esprits, mais peut sembler relativement normal dans d'autres cultures, surtout si les liens corps-esprit sont importants. Cependant, il ne faut pas oublier que **la culture tend à se transformer au cours de l'immigration** et lors d'un changement de milieu. Quel sera alors le sens attribué aux comportements dans ce nouvel environnement ? Vers quelle culture se tournera-t-on pour donner un sens aux malaises du patient, vers la culture du pays d'origine, ou vers la culture du pays d'accueil ? Peut-on plutôt considérer la présence possible d'une synthèse particulière de ces diverses influences, synthèse spécifique à chacun, selon son propre cheminement ?

Même si la maladie est nécessairement en lien étroit avec la culture du patient, en contexte migratoire, ce lien devient encore plus complexe. Lorsque le patient change de pays, il vit un **processus d'acculturation***, c'est-à-dire une transformation, qu'elle soit voulue ou non. Cette période risque de fragiliser le migrant s'il n'arrive plus à trouver les ressources pouvant l'aider à prévenir sa maladie, à lui donner un sens ou à la traiter. Il arrive que les thérapeutes occidentaux classiques, autant que les thérapeutes traditionnels, éprouvent parfois des difficultés à gérer cette acculturation, puisque les uns et les autres s'inscrivent dans une logique culturelle qui leur est propre. Il s'agit donc de recourir chaque fois que c'est possible à des techniques qui soient fonctionnellement équivalentes dans l'une et l'autre des cultures en présence, ce qui ne signifie pas qu'elles doivent être analogues. Nous entrons alors dans les divers courants de l'**ethnopsychiatrie**.

2. FONCTIONNEMENT

Aujourd'hui, les établissements qui offrent des services en santé mentale sont nombreux et diversifiés ; il peut s'agir de CLSC, de cliniques d'hôpitaux et même d'organismes communautaires. Certains hôpitaux disposent d'un service spécialisé en santé mentale en plus de plusieurs autres services, alors que d'autres établissements sont entièrement consacrés à la santé mentale, soit les hôpitaux psychiatriques. Depuis peu, le traitement dans la communauté et la collaboration avec les organismes communautaires sont de plus en plus encouragés. En outre, le virage ambulatoire* en santé mentale vise à assurer les services requis dans le milieu de vie de ces personnes et à favoriser leur intégration dans la communauté.

2.1 Psychiatrie générale

En santé mentale, les approches utilisées sont variées. L'approche biopsychosociale est celle qui est souvent utilisée. Bien qu'elle soit efficace dans plusieurs cas, cette approche est spécifique à la culture occidentale et à la tradition judéo-chrétienne en raison de la séparation souvent effectuée entre corps-esprit et individu-société.

Comme la psychiatrie constitue une partie de la médecine qui s'intéresse à l'origine au diagnostic*, à la prévention et au traitement des troubles affectifs et mentaux, les psychiatres doivent d'abord procéder à un examen du malade. *L'examen psychiatrique* permet au médecin ou au psychiatre d'apprécier les signes ou les symptômes* de la maladie mentale. Il doit établir des liens de causalité entre ceux-ci et les facteurs biologiques, psychologiques et relationnels (sociaux). Il formule une hypothèse puis pose un diagnostic et émet des recommandations. L'interprète doit donc d'abord comprendre comment se déroule généralement un *examen psychiatrique*.

A. L'entrevue psychiatrique

L'entrevue psychiatrique est la principale étape d'évaluation. Cependant, la révision du dossier antérieur (s'il y a lieu) et la cueillette d'informations auprès de tierces personnes peuvent aussi contribuer à renseigner sur l'état du patient. Cette entrevue a pour but d'établir une relation de confiance avec le patient, de recueillir des données, puis d'arriver à une conclusion diagnostique et thérapeutique. Il existe divers types d'entrevues psychiatriques :

- Entrevue diagnostique : cette entrevue vise à vérifier s'il y a présence ou absence de psychopathologie reconnue, à préciser les symptômes et le diagnostic et à orienter le traitement. Il s'agit souvent du premier contact avec le patient. Le médecin s'attarde moins à l'introspection et cherche davantage à recueillir des données factuelles, cependant la relation de coopération médecin patient est importante.
- Entrevue d'expertise : cette entrevue vise à apporter des réponses aux questions du requérant (compagnie d'assurance, tribunal, employeur, etc.), à préciser le diagnostic, à déterminer si le traitement est adéquat, si la personne répond à certains critères d'invalidité. Le psychiatre évaluateur n'assume pas de fonctions thérapeutiques.
- Entrevue psychothérapeutique : ici, le médecin ne cherche pas à établir rapidement un diagnostic mais plutôt à comprendre comment les symptômes sont apparus chez le malade. Il vérifie comment les difficultés du patient se sont créées, et détermine si le patient est motivé à changer et en mesure de le faire. La relation de collaboration avec le patient sera cruciale.

Lors de ces entrevues, le médecin tentera d'abord de connaître **l'histoire de la maladie** actuelle. Le patient est invité à parler de lui-même sans restriction, par libre association de ses idées, sans les juger et sans les filtrer. Les mots, les silences et les successions d'idées de même que les hésitations ont toutes de l'importance. Ces aspects peuvent exiger énormément d'attention de la part de l'interprète. Cette méthode permet de découvrir les conflits inconscients qui génèrent des comportements inadaptés et répétitifs. Elle met en évidence les mécanismes de défense et la structure de la personnalité. L'évaluateur adopte une attitude de neutralité et d'écoute. Le patient est placé en situation de réflexion et concentré sur sa personne, ses conflits et son vécu affectif plutôt que sur les événements. Le médecin posera quelques questions ouvertes :

« Pourquoi êtes-vous venu me voir ? Que puis-je faire pour vous ?»
« Parlez-moi de vous ? Parlez-moi de ce qui vous fait souffrir. »
« Comment expliquez-vous ce qui vous arrive ?»
« Vous sentez-vous triste ? Depuis quand ?»
« Dites-moi ce que vous pensez quand vous pleurez ?»

« À quelle heure vous couchez-vous ? Vous endormez-vous facilement ?» etc.

Ainsi, le médecin peut poser des **questions** relatives à la mémoire du patient, d'autres concernant sa vie courante, son histoire familiale, son travail, la présence de certaines maladies, la prise de médicaments, sa consommation de drogues ou d'alcool, des expériences inhabituelles (entendre des voix), ses fonctions physiques (nourriture, sommeil, sexualité...). Il peut aussi formuler des questions sur comment il se sent ou se comporte avec les autres. Le médecin surveille les émotions et les sentiments manifestés. Pour élaborer **l'histoire de cas du malade,** il recherchera l'histoire personnelle (naissance, adolescence, scolarisation, vie sentimentale et conjugale, etc.) du patient. Ensuite, un examen physique peut être demandé ; il est confié à un autre médecin. Enfin, un examen mental et une synthèse du diagnostic seront présentés ainsi qu'un plan d'intervention. Avant ce plan d'intervention, un rapport psychiatrique est élaboré.

B. Le rapport psychiatrique
Le rapport psychiatrique vise à inscrire et à organiser les observations, à transmettre les informations à d'autres intervenants, à suivre l'évolution en rapport avec les interventions thérapeutiques et à constituer un document médico-administratif.

C. Le plan d'intervention
Le plan d'intervention propose des recommandations sur la thérapie conseillée : par exemple les modalités de prise en charge en hôpital de jour, en clinique externe ou autres ; des références, des mesures de surveillance (si risques suicidaires), etc. Un traitement pharmacologique (médicaments, doses, fréquence, etc.) peut être prescrit. Il est possible aussi que l'on recommande une psychothérapie*. Dans ce cas, sa nature (cognitive comportementale, psychoéducative, psychodynamique de soutien) ainsi que sa modalité (individuelle, de groupe ou familiale) et ses objectifs seront précisés.

2.2 Ethnopsychiatrie
En raison de la diversité culturelle de la clientèle, certains établissements psychiatriques adoptent parfois d'autres modèles particuliers d'intervention. Des besoins particuliers reliés à l'aspect culturel et au processus migratoire ont donné naissance à différentes cliniques et à des projets pilotes qui s'inspirent de divers courants de l'**ethnopsychiatrie**. Ils intègrent à la fois le modèle médical, les conceptions plus classiques de prise en charge et les modalités culturelles de compréhension et d'action. Ces différents courants varient considérablement en raison des cultures organisationnelles de ces divers établissements. Certaines sont souvent marquées par les idéologies politiques du multiculturalisme dans les hôpitaux anglophones, ou de l'interculturalisme dans les hôpitaux francophones. De plus, les orientations privilégiées par le personnel, tout en étant innovatrices, sont parfois marquées par la tradition européenne ou par l'influence américaine. Trois de ces centres notamment illustrent la diversité de ces approches et permettent de comprendre que le rôle attendu de l'interprète peut varier considérablement.

A. Le Service de consultation culturel (SCC) de l'Hôpital Général Juif
Il s'agit d'un service de consultation culturelle offert aux intervenants en santé et services sociaux qui éprouvent des difficultés avec un cas précis ; il ne s'adresse donc pas au patient mais au personnel. Ce type de service est offert aux intervenants de l'Hôpital Général Juif. Il a pour but de soutenir et d'orienter les professionnels dans leur travail clinique, là où la différence culturelle pourrait être en cause.

B. La Clinique transculturelle de l'Hôpital de Montréal pour enfants
Dans cette clinique, le personnel travaille selon une grande multiplicité d'approches et en lien avec la pluralité. Le service s'adresse au patient. Un même patient peut faire appel à différents

systèmes, à différents moments. Le personnel met donc en évidence différents modèles d'explication de la maladie et évite d'imposer un modèle particulier. Les thérapies traditionnelles peuvent aussi être utilisées. Ici, le rôle de l'interprète pourra varier selon le modèle auquel le groupe fera appel.

C. Le Module transculturel de l'Hôpital Jean-Talon
Ce module est inspiré de l'approche européenne (Devereux, Nathan). L'équipe de cliniciens du personnel hospitalier réalise des évaluations avec ou sans prise en charge. Elle offre aussi de la thérapie individuelle au cours de laquelle les aspects culturels de l'étiologie* sont mis en valeur. Ce module reçoit des individus ou des familles en s'inspirant de l'ethnopsychiatrie selon Devereux et Tobie Nathan. Les modalités d'intervention s'effectuent soit en petits groupes avec le thérapeute principal et deux ou trois cothérapeutes, ou avec un grand groupe d'intervenants issus de disciplines, d'origines et de langues différentes (six à huit co-thérapeutes, en plus d'un interprète). Ils ont développé une expertise spécifique avec des patients d'origine haïtienne.

Dans ce type d'approche, l'interprète devient presque un cothérapeute et son avis est parfois même sollicité.

Ainsi, l'interprète doit s'attendre à ce que son rôle varie selon les modèles auxquels on se réfère dans chaque milieu d'ethnopsychiatrie. Il devrait faire préciser de quel modèle il s'agit.

3. PROBLÉMATIQUES

Dans le domaine de la santé mentale, il existe un répertoire regroupant divers critères permettant de diagnostiquer le type de maladie mentale du patient. Ce répertoire est revu régulièrement et aujourd'hui, les psychiatres utilisent la quatrième quatrième version soit le **DSM-IV*** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), la cinquième n'étant pas encore traduite en français. Il regroupe les maladies mentales en cinq axes et est largement utilisé par le milieu médical. Cependant, cette classification est culturelle et ne s'applique pas toujours de façon intégrale aux patients issus d'autres cultures, ce qui a entraîné l'intérêt pour l'ethnopsychiatrie. Les entrevues auxquelles l'interprète risque de participer seront souvent associées à l'axe 1. Il touche aux problèmes de santé mentale les plus communs. Voici quelques types de maladie mentale assez fréquentes qu'on retrouve dans le DSM-IV.

3.1 Troubles fréquents dans la population

A. La schizophrénie
La schizophrénie* est un désordre cérébral qui perturbe le processus mental de la pensée et du jugement, la perception sensorielle et la capacité d'interpréter et de réagir de façon appropriée à des situations ou à des stimuli particuliers. Voici quelques symptômes* :

- hallucinations* auditives (entendre des choses quand il n'y a pas de stimuli extérieur) ;
- idées délirantes (idées fausses tenaces) ; méfiance ;
- troubles marqués de la pensée (difficulté à communiquer, incohérence) ;
- comportement bizarre et désorganisé.

B. Les troubles affectifs
Dans les troubles de l'humeur, on retrouve la dépression* et la psychose maniaco-dépressive* désormais appelée maladie affective bipolaire. Ces problèmes sont courants en psychiatrie et affligent 5 % de la population adulte. Ils se manifestent essentiellement par des troubles de l'humeur. On remarque, lors d'une maladie bipolaire, des cycles de dépression grave en alternance avec des cycles de manie. Dans la manie, on retrouve ces symptômes : énergie sans limite, enthousiasme débordant et hyperactivité ; propos rapides et disparates ; ton de voix élevé ;

accès de colère ; disposition à argumenter constamment ; activités qui auront de graves conséquences comme faire des achats extravagants ou une conduite automobile imprudente. Lorsque déprimé*, le malade peut avoir du mal à dormir, voir diminuer son intérêt pour ses activités quotidiennes, perdre l'appétit, se sentir diminué, coupable, être triste, incapable de se concentrer, devenir très irritable.

C. Les troubles d'anxiété ou troubles anxieux
Lorsqu'elle est grave, l'anxiété*, peut aussi être considérée comme une maladie mentale et environ sept à 15 % de la population en souffre. Dans l'état de panique*, caractérisé par des crises de panique périodiques, le malade devient étourdi, sent son thorax s'écraser, sa gorge se nouer et peut même transpirer. Ces crises ne durent en général que quelques minutes, mais c'est la crainte d'être victime d'une autre attaque et le sentiment d'impuissance qui s'ensuit qui compliquent la situation. D'autres formes d'anxiété comprennent la peur d'objets particuliers (phobies), ou la peur de sortir de la maison.

3.2 Santé mentale et immigrants
Pour comprendre le patient migrant et les problématiques qui risquent de l'affecter, il faut être en mesure d'effectuer une investigation concernant son histoire prémigratoire, l'expérience de sa migration, ses attentes à l'endroit de sa nouvelle vie et les difficultés reliées à son insertion, car certains facteurs particuliers peuvent augmenter les risques de détresse.

A. Facteurs prémigratoires
Ainsi, une préparation insuffisante avant le départ peut parfois constituer un facteur de vulnérabilité. Cela peut être le cas des migrants qui ont souvent fui leur pays dans des conditions périlleuses après avoir vécu des situations de guerre, de conflits armés ou de discrimination et qui n'ont pas souhaité partir. L'ampleur des pertes subies avant et pendant la migration, telles les pertes de liens affectifs, de biens matériels, d'un statut social, de références culturelles contribuent à fragiliser certains immigrants et particulièrement les réfugiés. En outre, les personnes ayant vécu des expériences prémigratoires traumatiques (guerre, viols, tortures, témoin de massacres) ou qui se sentent coupables d'avoir réussi à fuir en laissant derrière eux d'autres membres de la famille sont susceptibles de connaître des difficultés au cours de leur réinstallation. Les traumatismes* et les séparations constituent les événements les plus stressants de la période prémigratoire.

B. Facteurs postmigratoires
L'arrivée dans le pays et le contexte d'insertion tel que les attitudes négatives des gens du pays hôte, la discrimination et les préjugés peuvent provoquer des problèmes psychosociaux chez les immigrants et les réfugiés. Le statut migratoire c'est-à-dire dans quelle catégorie la personne est venue, ou l'attente pour obtenir son statut peut, dans certains cas, augmenter son appréhension et son insécurité. La situation d'incertitude prolongée pour la personne en attente de statut se révèle particulièrement stressante et peut réactiver l'état de stress* post-traumatique. Il semble aussi qu'une forte pression vers l'acculturation puisse avoir des effets négatifs en coupant les immigrants de leur culture. L'absence de racines culturelles rendrait plus difficile le travail de deuil nécessaire après un processus d'immigration ou de demande de refuge. Plus encore qu'un bas revenu, la perte du statut socioéconomique antérieur constitue un événement qui mine l'estime de soi du migrant et bouleverse les rôles traditionnels au sein de la famille, en particulier les relations entre hommes et femmes. En outre, le migrant semble plus fragile lorsque la migration a lieu à l'adolescence ou durant le troisième âge. Enfin, la difficulté à communiquer (en français ou en anglais) ou à trouver un emploi contribuent à fragiliser ces personnes.

C. Perception du domaine de la psychiatrie
Comme la psychiatrie est associée pour plusieurs à la folie, certaines personnes refuseront d'avoir recours à ces services ou arriveront en crise parce qu'ils auront trop attendu pour se faire traiter. Certaines personnes accorderont peu de crédibilité aux médicaments prescrits et ne suivront pas adéquatement la posologie recommandée. Elles peuvent aussi avoir recours à des guérisseurs homoethniques* ou à des médicaments traditionnels qui peuvent parfois se révéler positifs, mais qui peuvent aussi, dans certains cas, nuire au traitement. Enfin, le personnel médical, s'il est associé au milieu gouvernemental, risque aussi de faire face à la difficulté d'établir la confiance avec le patient. L'importance du rejet auquel une personne doit faire face lorsqu'elle est atteinte de problèmes mentaux demeure extrêmement forte dans certaines communautés.

D. Modes de communication
Dans certains milieux, il peut paraître plus poli de répondre affirmativement à une question, plutôt que de devoir répondre avec exactitude par « non » ou « je ne sais pas ». Si certains valorisent la communication directe et informelle, d'autres préfèrent une communication indirecte et formelle. De plus, il peut arriver que certaines personnes ne soient pas portées à parler facilement de leurs sentiments et de leurs bouleversements émotifs, rendant plus difficile le diagnostic de dépression. En outre, bien des gens exprimeront leur angoisse en décrivant des problèmes physiologiques que des examens ne pourront pas révéler. Enfin, une courte conversation préalable visant à établir un premier contact, avant d'aborder le sujet de la rencontre, est souvent attendue alors que les médecins et psychiatres, souvent à la course, entrent parfois immédiatement dans le vif du sujet. Cela peut sembler rude pour certains et contribuer à réduire la confiance dans l'expertise du personnel.

E. Le sens attribué aux maladies
Ce qui risque le plus d'influencer la relation patient/professionnel de la santé en contexte de santé mentale concerne le sens que le patient attribue à son mal. Si plusieurs de nos explications sont considérées rationnelles et relevant de la science, d'autres accordent plus de crédibilité aux explications d'ordre spirituel tels que le mauvais sort, la possession, la voyance, etc. C'est pourquoi l'ethnopsychiatrie peut parfois être davantage indiquée.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Collaborez avec le thérapeute à l'établissement de la relation de confiance. Cette **alliance thérapeutique** est très importante en santé mentale. Elle est nécessaire entre le thérapeute et le patient afin de permettre à ce dernier de se sentir assez à l'aise pour arriver à parler de sentiments pénibles ou d'émotions difficiles. Si elle est déjà établie entre vous et le patient, aidez à la transférer au thérapeute.

- ❒ Si vous êtes appelé à interpréter **dans une urgence psychiatrique**, soyez prêt à faire face à des émotions et à des comportements qui risquent d'être dramatiques ou pénibles. L'objectif majeur à confirmer en urgence, est d'établir s'il faut hospitaliser le patient. Il faut vérifier s'il représente un danger pour lui-même ou les autres. Cela permettra de décider si la personne peut sortir et être prise en charge par un membre de la famille et être suivie à l'externe. Le patient risque alors d'être déçu de ne pas être traité immédiatement et il peut parfois réagir négativement.

- ❒ Avant la session d'interprétation, entendez-vous avec le psychiatre et vérifiez quel est le type d'interprétation attendue. En effet, certains patients peuvent parfois **s'exprimer de façon incohérente.** Des personnes atteintes d'Alzheimer, des personnes aphasiques*, des personnes affligées d'un retard mental, des gens sous l'influence de drogues ou d'alcool ou ayant subi une attaque, peuvent éprouver de la difficulté à s'exprimer. Ces situations peuvent rendre le travail de l'interprète plus difficile. Voici quelques stratégies possibles :

  - D'une part **interprétez à partir de la première personne**. Cela aidera le médecin et le patient à avoir l'impression qu'ils communiquent directement et facilitera l'établissement d'une relation plus personnelle. Cette modalité aide aussi à véhiculer le langage inhabituel du patient. Si le patient passe son temps à changer de sujet ou à ne pas terminer ses phrases, ce sera plus facile de le faire à la première personne et de reproduire exactement ce que dit le patient. Même dans le cas de paroles obscènes, il sera important de les répéter.

  - D'autre part, **utilisez la description** combinée à l'usage de la première personne, pour donner au médecin une meilleure compréhension du langage du patient. (Exemple : J'interprète autant que possible tout ce que le patient dit et tout ce dont je me souviens mais le patient parle de façon extrêmement rapide. Il dit quelque chose au sujet de la famille et du diable, et quelque chose comme un argument mais il ne fait pas de phrases complètes et il utilise le passé et le présent de manière peu compréhensible).

  - En outre, il peut parfois être approprié de **décrire et de commenter le discours** du patient. (Exemple : *La mère partit* (...quelque chose que je ne comprends pas)...*démon aux yeux rouges qui* (je ne saisis pas bien ce dont il s'agit ici, ...). Il faut parfois interpréter le plus possible sans essayer de faire des phrases compréhensibles, tout en indiquant les incompréhensions.

- ❒ Comme autre alternative, soyez prêt à utiliser l'interprétation consécutive sous forme de **chuchotage**. N'hésitez pas à avoir recours à divers modes d'interprétation, selon les circonstances. Même le **« mot à mot »** peut, dans certaines circonstances, s'avérer approprié.

- ❒ Assurez-vous de distinguer vos remarques de celles du client.

- ❒ N'oubliez pas de transmettre **les émotions** du patient. Relevez le poids affectif des mots formulés ou des situations présentées par le client ainsi que des gestes et des intonations utilisées (ton, gestes, posture, silence…). Aidez l'intervenant à déchiffrer ce langage non verbal.

- ❒ Évitez de vous sentir mal à l'aise vis-à-vis des interprétations des malades à propos de leur état. Soyez conscient que les intervenants ont besoin de toutes les informations verbales et non verbales émises par leur patient, même si leurs **croyances** peuvent sembler surprenantes. Soyez attentif à rendre adéquatement **le sens et l'intégralité des messages**, même si ceux-ci n'ont pas de sens pour vous.

- ❒ Attendez-vous à ce que plusieurs personnes soient parfois présentes lors des séances d'ethnopsychiatrie. Vérifiez quel est le rôle attendu de l'interprète, quels sont les discours à interpréter ou pour quel professionnel il faut le faire. N'hésitez pas à prévenir l'intervenant des difficultés éprouvées lorsque plusieurs personnes prennent la parole en même temps.

- ❒ Étant donné que plusieurs des mots utilisés en psychiatrie sont absents de plusieurs langues, une compréhension appropriée du sens des mots est essentielle. Lors des séances d'ethnopsychiatrie, certains intervenants utilisent des comparaisons poétiques, des analogies difficiles à saisir pour le client, même lorsque l'interprétation est bien rendue car certains d'entre eux n'ont pas recours à cette forme de pensée. Prévenir alors les professionnels que certaines comparaisons, images poétiques ou analogies sont difficiles à interpréter, tant au niveau du transfert de l'expression, de son impact et de son intensité.

- ❒ Étant donné la difficulté qu'implique l'interprétation en clinique transculturelle (ethnopsychiatrie), la préparation joue un rôle important. Si l'interprète ne se sent pas apte à interpréter dans un tel contexte, il vaut mieux y renoncer.

5. TERMINOLOGIE

Acculturation
Adaptation d'un individu à une culture étrangère avec laquelle il est en contact. Processus par lequel un groupe humain assimile une partie des valeurs culturelles d'un autre groupe humain.

Aphasie
Trouble de l'expression et de la compréhension du langage oral ou écrit dû à une lésion cérébrale.

Affection psychosomatique
Trouble se manifestant par des symptômes qui peuvent être causés en partie par le stress ou d'autres facteurs psychologiques, non physiques.

Angoisse
Malaise psychique et physique né d'un sentiment de l'imminence d'un danger caractérisé par une forte crainte.

Anxiété
État de trouble psychique et physique né d'un sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant souvent de phénomènes physiques. Synonyme : angoisse, appréhension.

Chamanisme
Le chamanisme est considéré par certains comme une religion et par d'autres, comme un culte thérapeutique. Il est caractérisé par le culte de la nature, la croyance aux esprits et des pratiques divinatoires et thérapeutiques telles que la transe et l'extase. Le rêve ainsi que les substances psychédéliques utilisées de façon systématique, jouent aussi un rôle important.

Dépressif
Qui est sujet à la dépression nerveuse.

Dépression
État mental pathologique caractérisé par de la lassitude, du découragement, de la faiblesse, de l'anxiété.

Déprimé
Concerne une personne abattue, découragée, triste ou mélancolique.

Diagnostic
Prévision, jugement tiré de l'analyse des signes (exemple : dépression).

DSM-IV
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Le dernier à jour en anglais est le DSM-V, mais comme il n'est pas encore traduit en français, on utilise le DSM-IV. Il regroupe les maladies mentales en axes ou catégories. Axe 1 : troubles psychiatriques majeurs ; axe II : troubles de la personnalité, troubles de l'apprentissage et retard mental ; axe III : autres affections médicales ; axe IV : facteurs psychosociaux et facteurs de stress.

Épilepsie
État caractérisé par un dérèglement du système nerveux central et qui se traduit généralement par des crises ou des convulsions qui s'accom-pagnent souvent d'une perte de conscience.

Étiologie
Étude des causes des maladies.

Hallucination
Perception pathologique de faits, d'objets, qui n'existent pas, de sensations, en l'absence de tout stimuli extérieurs.

Maniaco-dépressif
Ce terme est aujourd'hui remplacé par trouble bipolaire

Névrose
Affection caractérisée par des troubles affectifs émotionnels (angoisse, phobies, obsessions, asthénie) qui altèrent le comportement et le raisonnement du malade et qui sont cause de souffrance. Le sujet ne présente pas de symptômes psychotiques et son comportement n'outrepasse généralement pas les limites socialement admises.

Obsession
Idée, image, mot qui s'impose à l'esprit de façon répétée et incontrôlable, hantise. État d'une personne qu'un démon possède. Action d'importuner, d'obséder.

Panique
Qui trouble subitement et violemment l'esprit. Terreur extrême et soudaine parfois collective devant un danger réel ou seulement possible.

Phobie
Crainte excessive, maladive et irraisonnée de certains objets, d'actes, de situations ou d'idées.

Possession (en tant que thérapie)
La possession peut être considérée comme l'organisation collective de rituels « religieux », mais aussi festifs et musicaux, au cours desquels le corps du patient, ainsi que celui de

certains assistants et d'auxiliaires du thérapeute, en état de transe, adoptent le comportement, la parole et la voix d'êtres mythiques tels que divinités, esprits, démons ou ancêtres.

Psychanalyse
Thérapie fondée sur la parole et inventée par le Dr Sigmund Freud. Elle a pour but de permettre au sujet de surmonter ses problèmes actuels par des techniques telles que l'analyse des rêves, le rappel des expériences de l'enfance, etc. Des expériences malheureuses de la prime enfance seraient en partie responsables des problèmes de l'individu.

Psychédélique
Qui résulte de absorption de drogues hallucinogènes. Qui évoque les visions de l'état psychédéliques (dessins, musique psychédéliques...)

Psychologie
Discipline, profession et science qui traitent de l'étude du fonctionnement mental et du comportement des personnes et des animaux.

Psychopathe
Malade mental déséquilibré dont la personnalité relève de la psychopathologie.

Psychopathologie
Étude médicale des troubles mentaux, science de base de la psychiatrie.

Psychose
Maladie mentale affectant de manière essentielle le comportement et dont le malade ne reconnaît pas le caractère morbide (à la différence des névroses). Trouble mental grave qui altère la capacité de l'individu à penser, à réagir émotionnellement, à se souvenir, à communiquer, à interpréter la réalité et à bien se comporter, ce qui l'empêche de bien fonctionner dans le quotidien. Synonyme : aliénation, délire, démence, folie, paranoïa.

Psychosomatique
Qui étudie et soigne les affections ou se rapporte à des troubles organiques ou fonctionnels occasionnés, favorisés ou aggravés par des facteurs psychiques (émotionnels et affectifs).

Psychothérapie
Il s'agit d'une forme de traitement qui implique qu'une personne apprend à régler ses troubles émotionnels en les analysant avec un thérapeute. Bien des troubles existentiels sont souvent des réactions à des événements marquants de notre vie (naissance, mariage, divorce, décès, diplôme, retraite). Il existe plusieurs formes de psychothérapies et plusieurs manières d'y participer : en tête à tête avec le thérapeute, avec la famille tout entière ou avec des groupes de personnes qui partagent les mêmes problèmes. Ce mode de traitement est fondé sur la communication verbale entre le patient et le thérapeute.

Psychotrope
Médicament qui agit chimiquement sur le psychisme. Les psychotropes se classent selon leur action :
- stimulante : anti-dépresseurs
- calmante : tranquillisants
- génératrice de troubles : psycholeptique

Repli sur soi
Perte de contact avec les autres, isolement.

Schizophrénie
Psychose caractérisée par une désagrégation psychique (ambivalence des pensées, des sentiments, conduite paradoxale), la perte du contact avec la réalité, le repli sur soi.

Service médico-légal
Équipe œuvrant en milieu hospitalier, qui pratique des expertises destinées à fournir des preuves utilisées en justice.

Stigmatisation
Terme désignant les caractéristiques physiques et comportementales d'un individu, qui font de lui une victime de rejet social. Dans le contexte de la maladie mentale, le terme renvoie à la mauvaise perception qu'a la société des malades mentaux en général, et qui se traduit souvent par une tendance à les maltraiter.

Stress
Tension nerveuse, effort intense ; ensemble des réactions (physiques, métaboliques, comportementales) à un agent agressif ; situation, fait traumatisant pour un individu.

Symptômes
Phénomène, caractère perceptible ou observable lié à un état. Ce qui manifeste, révèle ou permet de prévoir (un état, une évolution).

Trouble bipolaire (mixte)
Maladie mentale caractérisée par deux types d'humeurs opposés et extrêmes : épisodes maniaques (hyperactivité, surexcitation et

exaltation excessive, réduction du besoin de sommeil, fuite des idées, etc.) et épisodes dépressifs (caractérisés par une perte de l'appétit et de l'estime de soi, des troubles du sommeil [insomnie et hypersomnie], du désespoir, une perte d'énergie, des idées suicidaires, etc.).

Voyance

Faculté de l'esprit ne relevant d'aucune intervention surnaturelle ou divine, permettant à un individu de percevoir les faits cachés dans le passé, le présent, le futur d'un autre individu ou d'un groupe d'individus, à travers le temps et l'espace.

3.9 LES HÔPITAUX

1. CARACTÉRISTIQUES

Un **hôpital** offre des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés dans les secteurs de la santé physique et de la santé mentale. Ces soins seront offerts à l'intérieur de ses murs, en clinique externe ou à domicile. Certains hôpitaux peuvent être destinés à une clientèle spécifique, accueillir des personnes pour des séjours de courte ou de longue durée, offrir des services plus ou moins spécialisés, ou détenir une vocation particulière (psychiatrie ou pédiatrie par exemple). Certains hôpitaux universitaires ont une mission de formation et de recherche, où le patient peut parfois être entouré de plusieurs personnes.

La plupart des hôpitaux sont organisés de façon assez similaire avec un **certain nombre de services et conseils** : le conseil des médecins, (dentistes et pharmaciens ou CMDP), les services infirmiers qui ont la responsabilité de la pratique infirmière et les services professionnels qui comprennent les services diagnostiques (radiologie, imagerie* médicale, laboratoires, électroencéphalogramme, etc.) et d'autres services dispensés par des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des inhalothérapeutes, etc. La direction des ressources humaines (DRH) voit à la gestion du personnel. Il arrive que l'interprète doive accompagner un patient qui doit obtenir une autorisation de traitement ou payer la facture des traitements reçus. Dans ce cas, il devra se rendre soit à la direction des services financiers (DSF) qui s'occupe des budgets, de la paie, des approvisionnements et des états financiers, soit aux services administratifs (DSA) qui regroupe plusieurs services dans certains hôpitaux.

Des **demandes pour les services d'interprètes**, peuvent se faire de deux façons : par exemple à partir d'un service qui coordonne l'ensemble des demandes ; c'est le cas par exemple des hôpitaux pédiatriques et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Cependant, dans certains hôpitaux, il n'existe pas de coordination de ces demandes et c'est alors chaque intervenant qui fait la demande d'interprète, directement à la Banque d'interprètes. Ce que l'interprète, doit alors considérer, c'est de vérifier à quel endroit il devra se présenter pour effectuer le service d'interprétation.

Retenons aussi que la tendance majeure aujourd'hui, dans les hôpitaux montréalais, est de développer de plus en plus, **les services ambulatoires**. Les services ambulatoires visent à éviter l'hospitalisation. Le terme ambulatoire signifie des services qui se donnent en moins d'une journée et qui permettent au patient de retourner chez lui, le même jour. Ils permettent d'offrir des soins et des services spécialisés de courte durée et contribuent à favoriser la prise en charge de sa santé par la personne concernée.

2. FONCTIONNEMENT

Aujourd'hui, de façon générale, pour avoir accès à des soins de santé en milieu hospitalier, on peut procéder de deux façons.

2.1 Accès

- Pour tous les cas non urgents (grippe, maux de tête, fièvre, problèmes digestifs, douleur), le patient doit chercher un médecin auprès de son CLSC ou d'une clinique médicale. Le patient peut aussi trouver un médecin dans un groupe de médecine familiale ou dans une polyclinique.
- Pour les cas urgents et majeurs, les cas où la vie du patient est en danger, le patient se présente à l'urgence de l'hôpital, où un médecin sera disponible. Les urgences sont ouvertes

aux personnes dont l'état exige une intervention immédiate ou chirurgicale. Ainsi, une personne ayant subi un accident grave, ou l'amputation d'un membre, un individu souffrant d'un ACV, une personne violée ou souffrant d'allergie, une personne en état de crise, sont considérées comme ayant besoin de soins immédiats, etc. Il y aura alors identification du problème, diagnostic* et traitement.

2.2 Traitements

Dans les cas ne requérant **pas d'hospitalisation*** ou de chirurgie, les soins peuvent avoir lieu à l'hôpital mais sans hospitalisation. Même en **chirurgie ambulatoire,** les patients se rendent à l'hôpital mais n'y passent pas la nuit. L'organisation des **soins ambulatoires*** peut être structurée soit par spécialité, soit par type de clientèle. Des rendez-vous sont alors fixés à des dates ultérieures pour traitement en externe.

- Les **cliniques externes** offrent divers services, dont les soins légers tels que l'enlèvement des points de suture ou de plâtre, etc. Ces cliniques peuvent offrir des soins plus spécialisés tels que l'oncologie, l'orthopédie ou la cardiologie, etc. Elles peuvent regrouper le personnel de diverses spécialités lors de journées différentes, mais dans le même espace. Les interprètes ne doivent pas s'étonner, lors de diverses séances d'interprétation, de devoir se retrouver dans la même salle, mais pour d'autres types de soins. Certaines de ces cliniques peuvent fonctionner sans rendez-vous.
- **L'hôpital de jour** permet à des personnes d'avoir accès à des services interdisciplinaires sur une base ambulatoire. Ce programme s'adresse à une clientèle en perte d'autonomie, souvent des personnes âgées, qui nécessitent une prise en charge globale et temporaire par des interventions concertées. L'intensité et la durée du traitement peuvent varier. Des activités thérapeutiques et de réadaptation intensives pour maintenir sa socialisation et retrouver son équilibre plus rapidement lui sont offertes. Ce service peut être fourni par le CLSC, le CH ou le CHSLD. La personne doit être référée à l'hôpital de jour par un professionnel de la santé. Des frais minimes sont parfois exigés.
- Le **centre de jour** est un lieu qui reçoit quelques heures par jour et quelques jours par semaine, les personnes ayant des besoins particuliers, sans être majeurs, dans le but d'augmenter leur autonomie. C'est un service qui offre le jour, le soir ou la fin de semaine des activités thérapeutiques, de réadaptation et d'intégration sociale. Il a pour but de développer où de maintenir le potentiel de chacun tout en favorisant le maintient de la personne dans son milieu.

Si le traitement nécessite une hospitalisation, certains préparatifs seront requis tels que des tests, une ou plusieurs rencontres d'information préopératoire pour les cas de chirurgie. Outre les chirurgies, il peut s'agir aussi de soins de courte durée* pour surveiller l'évolution de la condition d'un patient.

2.3 Modalités de traitement

Tout traitement offert aux patients nécessite le consentement éclairé* de ce dernier. Pour cela, il lui faut des informations sur la nature de l'intervention. Un **consentement éclairé** signifie qu'il a droit non seulement à des explications entourant le traitement, mais aussi aux implications et aux effets des traitements offerts. Dans les cas d'urgence, le consentement peut être de nature verbale mais il faudra alors que deux médecins entendent le consentement.

Le consentement permettra la mise sur pied d'un **plan de traitement**. Il est possible en outre, de faire modifier la nature des traitements offerts ; les professionnels devront alors informer le patient des conséquences et des alternatives possibles. De plus, le patient doit approuver le plan d'intervention proposé par les professionnels responsables des traitements et consentir aux soins reçus.

3. PROBLÉMATIQUES

Diverses modalités sont requises lors de l'admission pour l'hospitalisation ou l'admission à l'hôpital de jour et le patient a certains droits vis-à-vis les soins qui lui sont offerts.

Dès l'admission, un **certain nombre de questions** seront posées. Elles peuvent parfois paraître gênantes ou ahurissantes ; l'interprète s'assurera que le patient comprend bien l'importance des questions posées et des réponses qui doivent être apportées.

L'interprète sera attentif aux **expressions particulières** qui existent chez divers groupes pour décrire leurs symptômes* ; par exemple, des Haïtiens, peuvent mentionner qu'ils ont mal à l'estomac, alors que c'est au thorax qu'il faut les examiner. De même, plusieurs Français lorsqu'ils parlent d'angine*, parlent de maux de gorge et non de problèmes de cœur. Les Québécois canadiens-français qui se plaignent d'avoir mal au cœur indiquent qu'ils ont envie de vomir.

En milieu hospitalier, la **façon d'exprimer la douleur** est extrêmement variée et une expression plus forte ne doit pas être automatiquement associée à un seuil de tolérance plus faible à la douleur. Le **rapport aux médicaments** varie considérablement. Ainsi, selon certaines recherches, certains patients sont très soucieux de recevoir un soulagement rapide à leur douleur alors que d'autres acceptent davantage de vivre la douleur mais veulent comprendre pourquoi ils la subissent. Certaines personnes accepteront de prendre des médicaments, mais elles cesseront de les prendre au moment où arrive le printemps par exemple, comptant sur la nature pour rééquilibrer leur santé. L'usage des **médicaments maison** est assez fréquent chez divers groupes culturels et ils ne sont pas nécessairement contre-indiqués ; mais il sera important que le médecin en soit informé afin de s'assurer que ces médicaments maison ne constituent aucun risque.

Enfin, en milieu hospitalier ou à domicile, les intervenants doivent être sensibles aux **interprétations** formulées par le patient ou sa famille, **à propos de leurs problèmes de santé**. Les interprétations peuvent être davantage de nature divine ou spirituelle pour certains, ou d'ordre physiologique pour d'autres. Le sens que le patient ou sa famille attribue à son état de santé peut influencer la communication entre le patient et l'intervenant. Cela peut aussi affecter la compréhension de chacun ainsi que l'adhésion du patient au plan de traitement. Si le sens attribué à une maladie (sida, cancer) ou à un handicap*, est associé à une punition, à une obligation non respectée envers un ancêtre par exemple, le patient ou sa famille seront peu préoccupés par le développement de l'autonomie du patient. Ils seront davantage orientés vers une solution réparatrice, ce qui peut réduire l'efficacité des soins prodigués. Les interprètes demeureront sensibles à ces dimensions culturelles qui pourront être relevées et précisées à l'intervenant si nécessaire.

Une des valeurs de base visée par le système de santé est l'**autonomie** ; cette valeur n'est pas toujours celle qui est privilégiée par certains patients issus de culture valorisant la prise en charge par la famille. Les intervenants qui auront l'avantage de travailler avec des interprètes sensibles à cette dimension, seront mieux en mesure de prendre en compte ces différences dans la négociation d'un plan de soins adapté, avec le patient. **L'intimité et la dignité** des patients demeurent des dimensions importantes à considérer, quelle que soit la culture des personnes ayant besoin de soins. Il faut cependant être conscient que la notion d'intimité varie considérablement. Pour certaines personnes, le simple fait de devoir dénuder son bras constitue déjà un inconfort important alors que pour d'autres, ce sont les soins intimes qui les mettront mal à l'aise.

4. CONSEILS À L'INTERPRÈTE

- ❒ Dès que vous êtes appelé pour interpréter en milieu hospitalier, vérifiez à quel endroit vous devrez vous présenter pour effectuer l'interprétation.
- ❒ Rapportez-vous au service d'accueil pour prévenir de votre arrivée afin que le personnel puisse s'organiser pour éviter des coûts excessifs.
- ❒ Si vous êtes repéré par le patient dans la salle d'attente, prévenez-le que vous êtes tenu de tout interpréter et qu'il est préférable de ne pas vous faire de confidences afin d'éviter de vous retrouver dans des situations embarrassantes.
- ❒ Lors de la présence de plusieurs professionnels, convenez, avant de commencer, pour quelle personne vous devrez interpréter. La même précaution sera nécessaire si le patient est accompagné par plusieurs membres de sa famille.
- ❒ Comme le rythme en milieu médical est particulièrement rapide, certains professionnels, peu habitués à travailler avec un interprète, pourraient avoir tendance à vous confier des tâches autres que l'interprétation, (par exemple, expliquer une posologie) pendant que le médecin se rend dans une autre salle ; n'acceptez pas de vous substituer à l'intervenant. Évitez d'assumer les tâches du personnel médical et tenez-vous en à votre rôle d'interprète. Étant donné l'importance de fournir des informations adéquates et compte tenu du droit du patient à poser des questions, sachez user de délicatesse pour rappeler les rôles de chacun.
- ❒ Ne soyez pas surpris si le soignant utilise des mots difficiles à comprendre ou qui n'existent pas dans votre langue ; demandez-lui de les expliquer ou de les remplacer par d'autres mots équivalents ou plus simples.
- ❒ Renseignez-vous sur les règles d'hygiène à observer lorsque vous devez vous rendre dans un service de réanimation ou d'isolement. Respectez-les. Observez aussi les règles de sécurité.
- ❒ Faites un effort pour garder une certaine distance vis-à-vis des situations chargées d'émotion (annonce d'un cancer ou de la mort prochaine d'un enfant). Tentez d'anticiper les entretiens présentant des risques de fortes émotions, en échangeant avec le soignant, avant la rencontre. Demandez de l'aide au soignant après l'entrevue, si nécessaire.
- ❒ Accordez une vigilance toute particulière au respect des principes de déontologie, soit le secret médical, l'impartialité et la discrétion. Ne révélez pas, sans autorisation préalable, ce qui a été dit au patient, lors d'un entretien médical, même s'il s'agit d'un autre professionnel de la santé.

5. TERMINOLOGIE

Angine
Inflammation de l'isthme du gosier et du pharynx, mal de gorge.

Biopsie
Prélèvement sur un être vivant d'un fragment de tissu en vue d'un examen microscopique (exemple, biopsie du foie).

Centre de soins de longue durée (ou centre d'hébergement)
Le CHSLD offre des soins quotidiens aux personnes en grave perte d'autonomie, permanente ou non, quel que soit leur âge. Pour être admis dans un CHSLD, il faut une recommandation de son CLSC.

Centre hospitalier universitaire (CHU)
Centre hospitalier exploité par une institution, qui, en plus de réaliser les activités reliées à sa mission, offre des services spécialisés ou ultra spécialisés dans diverses disciplines médicales, évalue les technologies médicales, participe à la formation médicale dans différentes spécialités en vertu d'un contrat d'affiliation et gère un centre ou un institut de recherche.

Chambre de naissance
Salle de travail et d'accouchement dans un décor évoquant la maison, destinée aux parents qui ont suivi certains cours prénatals et qui désirent vivre la naissance à deux.

Chirurgie d'un jour
Intervention chirurgicale, diagnostique ou thérapeutique telles que l'endoscopie ou les cystoscopies. Le patient retourne à la maison au lieu de passer la nuit à l'hôpital.

Consentement éclairé
Il repose sur ce principe que toute personne doit être présumée capable a priori de recevoir des informations et de donner un consentement « libre et éclairé » à un acte médical qu'on lui propose, à moins qu'il n'ait été établi que cette capacité lui fait défaut. Il incombe au médecin (plus généralement, au personnel de la santé) de l'informer de façon suffisamment claire et adaptée pour que la personne soit en mesure d'exercer sa liberté de jugement et de décision.

Consultation en clinique externe
Prestation de services médicaux, de services chirurgicaux mineurs, de services dentaires et d'autres services sans que le patient ne soit admis à l'hôpital. (*Voir Soins ambulatoires*).

Continuum des soins et services
Gamme complète de services polyvalents, inter reliés efficacement et assurés en établissement, en milieu communautaire ou à domicile.

Cystoscopie
Examen de la vessie grâce au cystoscope, instrument permettant d'examiner l'intérieur de la vessie.

Déontologie
Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier (code de déontologie).

Dossier médical
Dossier d'un patient conservé par un hôpital ou un médecin et faisant état des données cliniques sur le diagnostic, le traitement et les résultats.

Endoscopie
Examen de l'intérieur des organes ou cavités du corps au moyen de l'endoscope, un instrument composé d'un tube optique muni d'un système d'éclairage que l'on introduit dans les cavités naturelles du corps pour l'examiner.

Groupes de médecine familiale (GMF)
Ils travaillent en étroite collaboration avec les CLSC pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Leurs services seront accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Hospitalisation
Séjour d'un patient en milieu hospitalier

Imagerie par résonance magnétique (IRM)
Service diagnostique non envahissant permettant une visualisation des tissus de l'organisme.

Laparoscopie
Méthode d'intervention chirurgicale au moyen d'un laparoscope, un type d'endoscope (tube de visualisation) qui pénètre la cavité abdominale ou un membre. Cela peut se résumer à la visualisation d'un organe ou d'une région, ou encore à une intervention (ablation, modification, biopsie, réparation) sur l'organe.

Ligne téléphonique Info-Santé CLSC
Les lignes Info-Santé CLSC sont accessibles 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Des infirmières donnent des conseils et de l'information sur tout problème de santé ou de

service social et orientent les personnes vers les ressources appropriées à leurs besoins.

Maladie chronique

Maladie ayant un développement graduel et une durée indéfinie (l'artériosclérose, l'emphysème, l'hypertension et le diabète en sont des exemples)

Ombudsman

Dans tous les établissements publics de santé, il y a un commissaire à la qualité des services (ombudsman). Déposez votre plainte auprès de cette personne. Elle a 45 jours pour vous répondre. Si vous êtes insatisfait de la réponse, faites part de votre plainte au Protecteur des usagers du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Prélèvement

Opération par laquelle un morceau de tissu est prélevé, un organe ou un liquide organique tel que prélèvement sanguin, appelé aussi « prise de sang ».

Service de réadaptation

Service offrant des services médicaux, des services de santé, des services sociaux et des services d'orientation professionnelle afin d'aider les personnes handicapées à maximiser ou à conserver leur capacités fonctionnelles.

Service de relève (relevailles)

Service offrant un répit de courte durée à la famille et aux aidants naturels qui s'occupent des soins du patient à la maison.

Services courants

Qui a cours d'une manière habituelle, connue, familière. Il y a donc un caractère d'immédiateté et d'accessibilité inhérente au terme courant. Cette accessibilité recouvre quatre niveaux :

- horaire, c'est à dire en tout temps, 24 heures par jour, sept jours par semaine ;
- géographique : facilement repérable et à une distance raisonnable du domicile ;
- culturel : qu'il existe une sensibilité aux différences culturelles et que, quelles que soient la race, la couleur, la langue, la religion, chaque personne sera comprise, acceptée et reçue ;
- architectural, : que l'aménagement des lieux physiques et des locaux est conçu pour accueillir toute catégorie de personne, y compris celles qui ont des limitations sur le plan physique.

C'est en définitive le service que tout citoyen peut s'attendre à recevoir au moment où il exprime un besoin.

Soins à domicile

Soins infirmiers, services d'auxiliaires familiales aux soins et services essentiels d'entretien ménager, assurés au domicile du patient.

Soins ambulatoires

L'expression suppose habituellement que le patient se rend à un endroit pour recevoir des services et quitte le jour même après avoir reçu les services en question. Services de diagnostic et de traitement pouvant être offerts à titre externe dans un cabinet de médecin, une clinique externe ou un centre médical de groupe, par opposition aux services offerts dans le cadre d'une hospitalisation.

Soins de courte durée ou aigus

Soins ou traitement prodigués pour une maladie ou une blessure nécessitant une attention soutenue de la part du personnel soignant, habituellement durant une courte période.

Soins de première ligne

Expression qui englobe tous les soins primaires requis ; elle est souvent synonyme de médecine familiale et de médecine générale. Désigne aussi les soins prodigués par les spécialistes en médecine interne et les pédiatres.

Soins palliatifs

Soins interdisciplinaires visant à réconforter et à soutenir le patient en phase terminale et la famille tout au long de la période qui précède la mort. Les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et à accompagner vers le décès. Ils visent à aider le patient et ses proches à faire face aux problèmes physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques de la maladie.

Soins spécialisés

Il s'agit du troisième niveau (le plus intensif) de soins hospitaliers, habituellement assurés à l'échelle de la région ou de la province dans un centre médical et chirurgical ultra spécialisé doté d'installations technologiques et de soutien très perfectionnées afin de résoudre un problème de santé complexe et inhabituel.

Télémédecine

La télémédecine désigne la consultation

clinique à distance par voie électronique et l'équipement de vidéoconférence de pointe.

Triage

Sélection et classification rapide des patients qui se présentent dans une clinique ou à l'urgence selon la nature ou la gravité de leur blessure ou maladie. Le code attribué déterminera l'ordre dans lequel le patient sera vu par le médecin.

Virage ambulatoire

Il s'agit du virage entrepris dans l'organisation des services de santé : la personne pouvant se déplacer n'est plus hospitalisée pour recevoir les traitements et les interventions qui lui sont nécessaires.

ANNEXE 1 : DROITS DES USAGERS (ART. 4 À 16 DE LA LOI)

Plusieurs articles déterminent les droits des usagers. Ils sont présentés ici. Il faut demeurer conscient cependant que des changements peuvent survenir à propos de ces droits.

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources (1991, c. 42, a. 4.).

{Droit aux services}
5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée (1991, c. 42, a. 5.).

{Soins appropriés}
7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins (1991, c. 42, a. 7.).

{Informations}
8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant (1991, c. 42, a. 8.).

{Consentement requis}
9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements*, de traitement ou de toute autre intervention.
{Consentement aux soins}
Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 19 et suivants du Code civil du Bas Canada (1991, c. 42, a. 9.).

{Participation}
10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être (plan d'intervention

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

{Accompagnement}
11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement (1991, c. 42, a. 11.).

{Représentant}
12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

{Présomption}
Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil du Bas Canada :

1. le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager;
2. le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte;
3. la personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude;
4. la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte (1991, c. 42, a. 12.).

{Exercice des droits}
13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose (1991, c. 42, a. 13.).

{Langue anglaise}
15. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 (1991, c. 42, a. 15.).

{Recours}
16. Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants droit d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation. (1991, c. 42, a. 16.).

ANNEXE 2 : JURISPRUDENCE

AMPUTEE TO GET $1.3 MILLION IN LAWSUIT OVER MISDIAGNOSIS

The Vancouver Sun, Tuesday, March 27, 1990

By Phil Needham and Derek Wolff

A former Williams Lake sawmill worker who had to have a leg amputated because of a doctor's misdiagnosis was awarded $1.3 million Monday.

B.C. Supreme Court Justice Lance Finch found Dr. Henry Pankratz negligent in his examination and diagnosis of Harbhajan Singh Chattu, 55.

Chattu was taken to Cariboo Memorial Hospital in Williams Lake from his home at 7 a.m. on Aug. 20, 1986, after he suffered severe abdominal pain while bending over to brush his teeth.

It was 16 hours and two air ambulance trips later, at the third hospital he was taken to that day, before Chattu's problem was properly diagnosed as a blood clot and relieved, but it was too late save his right leg and hip joint. He also suffered kidney failure.

Chattu had a history of back trouble and the judge found this affected Pankratz' diagnosis that a spinal disc was protruding and pressing against nerves.

Chattu's wife could not make herself understood in English and a family friend more experienced in the language talked to the doctor about Chattu's back problems. Chattu had been given medication for the pain, but told the court he indicated the pain was in his abdomen, not his back.

The language difficulty "should have made (the doctor) especially careful in conducting his physical examination and recording those findings," said Justice Finch.

Medical experts called by Chattu's lawyer, John Laxton, as well as defence experts under cross-examination, agreed Pankratz should have checked for a femoral pulse to determine if there was blood flow in Chattu's legs.

That failure, the judge found, was the negligence that caused the wrong diagnosis and amputation.

Pankratz thought the problem was neurological, and arranged for the patient's transfer by air to Kamloops Hospital, where a neurologist could examine him. There, Chattu's problem was found to involve a clot in the blood vessels.

Kamloops could not deal with the problem and Chattu was transferred to Vancouver, where it was found the abdominal aorta was blocked at the point where the major blood vessel carries blood to lower limbs.

By the time this was relieved, Chattu's right leg was beyond saving and had to be amputated at the hip.

In addition to general damages of $160,000, Chattu was awarded damages for loss of income and the cost of future care, a financial management fee for advice on the preservation of the fund, and an extra "gross-up" amount to cover the income tax on money generated by the fund.

With a family friend acting as interpreter, Chattu said Monday night that despite the settlement, he will be confined to a wheelchair for the rest of his life. "It still won't pay for the suffering I have gone through. The money cannot bring what I would have enjoyed."

Lawyer John Laxton said he was pleased with the settlement.

Remarques :

L'article date de 1990 et la situation rapportée de 1986.
La décision rendue garde cependant toute sa pertinence. L'interprétation par des non-professionnels, notamment les membres de la famille, les amis, comporte certains risques que ce soit pour le professionnel ou pour le patient.
Depuis ce temps, Vancouver, Montréal tout comme d'autres villes se sont dotées de services structurés d'interprétation. Les interprètes sont maintenant formés et payés. Ces services d'interprétation sont distincts des services communautaires d'accueil à l'établissement des nouveaux arrivants.
De plus, un jugement de la Cour suprême, Eldridge *c.* Colombie-Britannique (procureur général), Cour suprême, octobre 1997, a décrété qu'il est de la responsabilité du gouvernement provincial (dans ce cas, la Colombie-Britannique) de fournir des interprètes aux malentendants lorsque ceux-ci reçoivent des soins médicaux.

ANNEXE 3 : PERSONNEL GÉNÉRAL ET SPÉCIALISÉ

Le personnel hospitalier est composé surtout de médecins (décident du traitement et coordonnent les soins), et d'infirmières (administrent les soins et suivent l'évolution quotidienne de l'état du patient). Dans la catégorie des médecins on distingue, selon l'ordre hiérarchique : les externes (étudiants en médecine), les internes (étudiants de la spécialité concernée), les chefs de cliniques (médecins titulaires), et les **chefs de services** (directeurs du service).

Dans la catégorie du **personnel infirmier** on distingue les infirmières auxiliaires (prise en charge matérielle du patient), les infirmières (responsables de l'administration des soins et de la mise en place du traitement prescrit) et l'infirmière chef (rôle de coordination des soins et d'interface entre tous les acteurs hospitaliers). Les **psychologues**, quant à eux, prennent en charge les aspects psychologiques relatifs à l'état de santé du patient et à son traitement. Selon les services, il peut y avoir également des **physiothérapeutes et ergothérapeutes** (rééducation physique) et des **orthophonistes** (rééducation du langage) ou encore des sages femmes en maternité. Le personnel peut comprendre aussi les **travailleurs sociaux.**

SERVICES PARA-MÉDICAUX

Le secteur des services paramédicaux comprend tous les professionnels qui gravitent autour des soins médicaux, autant en ce qui concerne les équipements et les laboratoires médicaux que les pharmacies et les soins de réadaptation. On trouve entre autres des pharmaciens, des assistants techniques en pharmacie, des technologistes médicaux, des technologistes en cytologie, des ingénieurs biomédicaux, des technologues en équipements biomédicaux, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Ces personnes travaillent dans des centres hospitaliers, dans des laboratoires, en entreprise privée et certaines dirigent leur propre entreprise.

a) Audiologiste

Personne qui, en tant que spécialiste du diagnostic*, du traitement et de la prévention des troubles de l'audition, du système auditif et vestibulaire, évalue les capacités auditives des personnes malentendantes et recherche les causes et les facteurs aggravants de leurs déficiences*. Elle établit et applique des plans d'intervention afin de rétablir l'aptitude de ses patients à communiquer (appareil de correction auditive, stratégies de communication, langage des signes, réaménagement physique du milieu de vie). Elle travaille également à réduire ou à éliminer les effets affectifs, sociaux ou professionnels du handicap* vécu par ses patients et fournit à leur entourage l'information et le soutien nécessaires. Elle se préoccupe de bien évaluer les besoins de ses patients afin de leur fournir des services adaptés et complets qui favoriseront leur aptitude à communiquer, leur autonomie et leur intégration sociale.

b) Ergothérapeute

Personne qui planifie et supervise des programmes d'activités pour des personnes atteintes d'une incapacité* physique, psychologique ou mentale, permanente ou temporaire afin d'améliorer leur fonctionnement dans la vie quotidienne, de faciliter leur intégration dans leur milieu et le développement optimal de leurs capacités tout en s'adaptant à leurs limites. Elle analyse la condition physique et mentale des personnes, évalue leur potentiel, leurs intérêts et leur limites, définit des objectifs individuels et les amène à participer à des activités propres à améliorer leurs capacités fonctionnelles et leurs habiletés (travail manuel, tâches domestiques, expression artistique, activités physiques et sportives, jeux éducatifs et récréatifs, etc.). Elle aide également les bénéficiaires à adapter leur environnement à leurs limites fonctionnelles, leur propose des moyens de réaliser plus facilement leurs activités et leur recommande au besoin l'utilisation d'orthèses* ou de prothèses*. Elle se préoccupe de stimuler le désir d'autonomie des bénéficiaires et de mettre en place les conditions nécessaires à leur prise en charge progressive, au plein développement de leur potentiel et à leur intégration sociale.

c) Ophtalmologue ou ophtalmologiste
Médecin spécialiste qui traite l'œil, la fonction visuelle, les maladies oculaires et les opérations pratiquées sur l'œil. On utilise souvent l'abréviation ophtalmo.
d) Optométriste
Opticien qui peut déterminer la formule des verres correcteurs de ses clients.
e) Opticien
Personne qui fabrique et vend des verres et des lentilles de contact.
f) Orthophoniste
Personne qui s'occupe du dépistage, du diagnostic, du traitement et de la prévention des troubles de la parole, de la voix, du langage et des fonctions de communication. À cette fin, elle évalue la nature, l'étendue et la gravité des troubles observés (défaut d'articulation, trouble vocal, dyslexie, aphasie, trouble cognitivo-linguistique, bégaiement, etc.), en recherche les facteurs responsables (physiologiques, neurologiques, affectifs, familiaux, sociaux, etc.), planifie et réalise des interventions thérapeutiques et éducatives auprès du patient et offre un soutien à son entourage. Elle se préoccupe d'établir des programmes d'intervention adaptés aux besoins, aux habiletés et aux limites des personnes atteintes et d'obtenir la collaboration de leur entourage et des divers milieux où elles évoluent afin de favoriser leur progrès, leur autonomie et leur intégration sociale.
g) Pharmacien
Personne qui prépare les médicaments et exécute les ordonnances prescrites à sa clientèle. À cette fin, elle doit revoir les ordonnances pour s'assurer de la dose exacte, superviser la préparation des ordonnances, renseigner les clients ou les spécialistes de la santé sur l'administration, l'usage, les effets des médicaments, l'incompatibilité de certains médicaments et les contre-indications. Elle s'occupe également de conseiller les gens sur le choix et la façon d'utiliser les médicaments sans ordonnance, d'entreposer, conserver et commander des vaccins, des sérums, etc., de tenir un registre des ordonnance exécutées et des substances toxiques et narcotiques vendues et de tenir à jour les dossiers de la clientèle. Elle veille à être bien informée sur les nouveaux produits pharmaceutiques offerts sur le marché et à s'assurer de l'usage efficace, sécuritaire et approprié des médicaments consommés par ses clients afin d'améliorer leur santé et leur qualité de vie.
f) Physiothérapeute
Personne qui intervient auprès de gens atteints d'une incapacité physique de nature orthopédique, rhumatismale, cardio-respiratoire ou neurologique en vue de rétablir leur fonctionnement physique optimal. À cette fin, elle procède à une évaluation de la nature, des causes et de l'étendue des troubles fonctionnels des patients au moyen de tests (mobilité des articulations, force, endurance et tonus musculaires, posture, démarche, capacité pulmonaire, perception, sensation, etc.), établit les objectifs de réadaptation, planifie un plan de traitement et fait des recommandations. Elle veille à l'application du traitement en partie en recourant, selon le cas, à des exercices de renforcement et d'assouplissement, à des techniques de thérapie manuelles (massages, tractions, manipulations) et à divers agents thérapeutiques (chaleur, froid, électricité, eau, ultrasons, etc.) et assure un suivi afin d'évaluer les progrès obtenus et adapter le traitement, s'il y a lieu. Elle veille à apporter à ses patients tout le soutien physique et psychologique dont ils ont besoin afin de rétablir progressivement et le mieux possible leur fonctionnement physique et leur autonomie.
i) Techniciens en réadaptation physique ou kinésithérapeutes
Maintenir, améliorer ou rétablir les capacités physiques des personnes en utilisant différentes techniques de réadaptation. Établir le bilan des capacités physiques du patient par des tests, mesures, observations pour déterminer le traitement approprié. Élaborer, en collaboration avec les autres intervenants, les objectifs et la nature du traitement. Appliquer les traitements et en assurer le suivi.

SOINS GÉNÉRAUX EN SANTÉ

Les professionnels du secteur des soins généraux de santé s'occupent de prodiguer les soins de médecine générale et de chirurgie légère, contrairement aux médecins spécialistes qui se consacrent aux organes ou systèmes de l'organisme humain. Parmi ces personnes, on trouve notamment les médecins de famille, ou omnipraticiens, qui travaillent dans des cliniques médicales, des bureaux privés, ou encore les centres d'hébergement ou les centres locaux de services communautaires (CLSC). Certaines de ces personnes se rendent à domicile et visitent des maisons d'hébergement*. Il y a aussi les médecins en médecine d'urgence qui assurent les premiers soins aux personnes se présentant au service des urgences d'un hôpital. Ces généralistes sont assistés, dans leurs tâches, par un certain nombre de professionnels, dont les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposées aux bénéficiaires et les infirmières scolaires qui participent au diagnostic et à l'administration de divers soins de santé. Certains professionnels, dont des infirmières et des médecins se consacrent entièrement à la prévention.

a) Médecin en médecine d'urgence

Personne qui traite les personnes blessées ou atteintes de souffrances aiguës au service des urgences d'un hôpital. Elle s'occupe, entre autres, d'évaluer les cas, d'établir l'ordre d'urgence, d'émettre rapidement des diagnostics et de donner les soins appropriés. Elle veille à intervenir le plus efficacement possible afin d'assurer un soulagement aux personnes souffrantes et, dans la mesure du possible, de sauver les personnes qui arrivent aux urgences dans un état critique.

b) Médecin en santé communautaire

Personne qui dirige et assure la mise en application de mesures en vue d'améliorer l'hygiène publique dans une ville, un comté, un district ou une région. À cette fin, elle assure l'inspection de maisons de santé, d'institutions, d'usines, etc., et de diverses installations d'hygiène publique comme les égouts et agit à titre d'experte conseil auprès d'organismes, d'entreprises, de municipalités, etc. Elle s'efforce de faire un travail de prévention afin de préserver et d'améliorer la santé de la population et de prévenir les maladies contagieuses et les épidémies.

c) Omnipraticien

Personne qui, en tant que médecin, offre un éventail de services médicaux tels que le diagnostic, le traitement et le suivi à des personnes de tout âge, en vue de prévenir ou de soigner les maladies. À cette fin, elle examine la personne, fait effectuer des tests ou analyses s'il y a lieu, pose un diagnostic, prescrit des médicaments ou traitements et donne des conseils pour maintenir, améliorer ou recouvrer la santé. Elle pratique dans différents milieux comme les CLSC, le service des urgences, les cliniques médicales, les établissements de soins prolongés. Elle veille à bien identifier le problème de santé des personnes qui la consultent et à les diriger vers des spécialistes en cas de besoin afin de pouvoir apporter les soins nécessaires le plus rapidement possible.

SOINS SPÉCIALISÉS* DE SANTÉ

L'organisme humain est extrêmement complexe. Chaque organe a un rôle et un fonctionnement particuliers et peut être affligé de maladies bien spécifiques. En outre, parce que les organes interagissent les uns avec les autres et que plusieurs facteurs sociaux et environnementaux peuvent influencer la santé physique et mentale de l'être humain, plusieurs spécialités médicales ont vu le jour, ce qui a permis une répartition plus fonctionnelle des soins de santé. Ainsi, certains médecins se spécialisent dans le traitement d'un organe ou d'un système spécifique du corps humain tandis que d'autres se spécialisent dans le traitement d'un type particulier de maladie, d'anomalie ou de déficience pouvant affecter plusieurs systèmes de l'anatomie (le cancer, par exemple). D'autres encore concentrent leur pratique sur les besoins de clientèles particulières, comme les enfants ou les personnes âgées, ou sur le traitement des troubles de santé mentale. En 2003, le Collège des médecins du Québec reconnaît plus de 35 champs de spécialisation différents donnant droit au titre de médecin spécialiste. Les médecins spécialistes ont une formation en médecine générale doublée d'une spécialisation dans une discipline donnée. Grâce

à leur formation poussée, ils maîtrisent les techniques les plus avancées de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies concernant leur champ de spécialisation.

a) Endocrinologue

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, voit au diagnostic et au traitement des maladies des glandes endocrines (thyroïde, hypophyse, etc.) et des problèmes métaboliques. À cette fin, elle examine la personne, effectue des tests afin d'obtenir des renseignements sur son état de santé, analyse les résultats et pose un diagnostic. Elle prescrit les traitements appropriés (médicaments, diète, chirurgie, activités déterminées, etc.) ou dirige le patient en chirurgie, selon le cas, et assure le suivi du patient jusqu'à son rétablissement. Elle veille à poser le bon diagnostic afin de prescrire au patient le traitement qui l'aidera à améliorer son état de santé.

b) Hématologue

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, voit au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies du sang (anémie, cancer, etc.) et des organes où se forment les globules (moelle osseuse, rate, ganglions, etc.). À cette fin, elle examine la personne, lui fait passer des tests et analyses afin d'obtenir des renseignements sur son état de santé, analyse les résultats et pose un diagnostic. Elle prescrit à son patient les médicaments ou les traitements appropriés, lui donne des conseils sur son régime alimentaire et assure un suivi dans le cas de traitements. Elle est également responsable de la qualité et de l'interprétation des analyses effectuées au laboratoire d'hématologie. Elle veille à être précise dans son diagnostic afin de donner les meilleurs soins possibles à ses patients.

c) Oncologue

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, diagnostique et traite, par la chirurgie, la chimiothérapie, des rayonnements ionisants ou d'autres moyens appropriés, les maladies cancéreuses des cellules, des tissus et des organes du corps humain. Elle s'occupe, entre autres, d'établir un diagnostic au moyen d'examens cliniques, radiodiagnostiques et biologiques, de définir, selon le cas, le traitement (chimique, radioactif ou chirurgical) approprié pour enrayer le cancer ou en limiter l'évolution, d'effectuer, s'il y a lieu, l'intervention chirurgicale requise ou encore de recommander et de superviser l'application d'un traitement chimique ou radioactif. Elle assure également un suivi du patient afin d'évaluer les effets du traitement et de traiter les effets secondaires qu'il peut entraîner.

d) Orthodontiste

Personne qui, en tant que spécialiste de la médecine dentaire, voit au dépistage ou à la correction, au moyen d'appareils correcteurs fixes ou amovibles, des anomalies pouvant survenir en cours de croissance dans le positionnement ou l'alignement des dents et des mâchoires. À cette fin, elle effectue des examens et des radiographies, pose un diagnostic, établit un plan de traitement, prépare les devis descriptifs des appareils correcteurs en vue de leur fabrication en laboratoire et procède à la pose et aux ajustements périodiques des appareils. Elle s'occupe également de renseigner la clientèle sur la nature, les modalités et les objectifs préventifs ou curatifs du traitement, sur les soins d'hygiène à domicile, sur les contraintes d'alimentation en cours de traitement et leur fournit le soutien nécessaire en vue de faciliter leur adaptation au port d'un appareil correcteur. Elle veille à faire un suivi régulier de la clientèle afin de surveiller l'évolution du traitement et de s'assurer qu'il produit les effets escomptés.

e) Pneumologue

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, voit au diagnostic et au traitement des maladies pulmonaires (pneumonie, tuberculose, lésions pulmonaires, etc.). À cette fin, elle examine le patient, lui fait passer des examens et des tests afin d'obtenir des renseignements sur son état de santé, analyse les résultats, pose un diagnostic et prescrit les médicaments ou les traitements appropriés. Elle dirige son patient en chirurgie lorsque c'est nécessaire et assure, au besoin, un suivi jusqu'à son rétablissement. Elle a le souci de poser un diagnostic juste afin de recommander à son patient le traitement approprié à sa guérison.

f) Spécialiste en médecine nucléaire

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, s'occupe du diagnostic et du traitement de certaines maladies liées au fonctionnement des organes du corps humain selon une approche et une technologie basées sur la radioactivité. Elle prescrit des examens en médecine nucléaire (scintigraphie du système digestif, des poumons, scintigraphie cardiaque, ventriculographie, etc.) afin d'analyser le fonctionnement du système anatomique en cause et d'obtenir les données qui lui permettront de poser un diagnostic sur la nature et l'origine du problème. Elle définit le traitement nécessaire en collaboration, s'il y a lieu, avec le médecin traitant. Elle s'occupe également du traitement de certaines maladies et du suivi de leur évolution au moyen des techniques et des appareils propres à la médecine nucléaire. Elle doit avoir une connaissance approfondie du fonctionnement normal des organes et des systèmes du corps humain afin de déceler tout indice de maladie ou de trouble fonctionnel révélé par les examens en médecine nucléaire.

g) Technologue en médecine nucléaire

Personne qui effectue, à partir d'ordonnances médicales, des examens radiologiques visant à analyser le fonctionnement des organes et des systèmes du corps humain en vue de permettre au médecin de poser un diagnostic. À cette fin, elle prépare et dose, s'il y a lieu, la substance radioactive nécessaire et l'administre au patient, elle manipule les caméras et les appareils de détection servant à produire et à enregistrer des images de la région corporelle irradiée, elle irradie, traite et analyse les images produites à l'aide d'ordinateurs et elle prépare les résultats en vue de leur interprétation par le médecin spécialiste. Elle effectue également en laboratoire des analyses de prélèvements* corporels (sang, urine, etc.) à l'aide d'un traceur radioactif. Elle veille à observer rigoureusement les règles d'utilisation et d'entreposage du matériel radioactif afin d'assurer la protection des personnes, y compris la sienne et celle de l'environnement

SOINS SPÉCIALISÉS EN CHIRURGIE

a) Chirurgien

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, pratique des interventions chirurgicales pour traiter des maladies, corriger des difformités ou guérir des blessures afin d'améliorer l'état de santé des personnes. À cette fin, elle analyse le dossier médical* de la personne qui consulte pour évaluer la nécessité d'une intervention chirurgicale. Elle choisit alors la méthode appropriée, s'informe des réactions de la personne aux médicaments et aux traitements, donne les instructions à l'équipe de travail pour la préparation à l'intervention puis fait l'intervention chirurgicale en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Elle se préoccupe de répondre aux questions de la personne qui subira l'intervention et de lui donner toutes les explications nécessaires afin de créer un climat de confiance qui favorise la réussite de l'opération et le rétablissement de la personne. Elle veille aussi à assurer un suivi à la personne dans la période postopératoire.

b) Chirurgien cardio-vasculaire

Personne qui, en tant que médecin spécialiste du système cardio-vasculaire, corrige et traite au moyen de la chirurgie les anomalies congénitales et les dysfonctionnements du cœur, des artères et des vaisseaux sanguins. Elle procède à des examens diagnostiques en vue d'établir la nécessité d'opérer, de définir les possibilités de traitement non chirurgical et d'évaluer les risques d'une intervention chirurgicale éventuelle selon l'état de santé général du patient et ses antécédents médicaux. Elle détermine les méthodes chirurgicales à utiliser, donne des instructions concernant les examens et soins préopératoires et pratique l'intervention requise selon les techniques appropriées. Dans les cas de greffes cardiaques, elle peut être appelée à superviser les démarches pour trouver un donneur, à coordonner les interventions chirurgicales pratiquées sur le donneur et le receveur ainsi qu'à réaliser la greffe. Elle prescrit également les médicaments et les soins postopératoires nécessaires au rétablissement optimal du patient et exerce un suivi périodique.

c) Chirurgien orthopédiste

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, pratique après évaluation diagnostique des personnes qui la consultent des interventions chirurgicales sur les parties atteintes du système musculo-squelettique (colonne vertébrale, os, muscles, tendons, articulations) en vue de soulager des douleurs ou des troubles fonctionnels causés par un accident, une maladie, une malformation congénitale ou par une lésion d'origine sportive ou professionnelle. Elle se préoccupe de déterminer soigneusement les techniques d'intervention chirurgicale à utiliser selon les problèmes identifiés et de faire preuve de la minutie qui s'impose au cours des interventions afin d'obtenir la plus grande amélioration possible de la condition physique de la personne.

d) Chirurgien thoracique

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, diagnostique et traite au moyen de la chirurgie ou à l'aide de soins médicaux appropriés des fractures ou autres lésions de la cage thoracique ou des vertèbres situées au niveau du thorax. À cette fin, elle procède à des examens diagnostiques en vue de définir le traitement approprié et d'évaluer, en collaboration avec d'autres médecins spécialistes, les risques d'une intervention chirurgicale selon l'état de santé général du patient et ses antécédents médicaux. Elle détermine les méthodes chirurgicales à utiliser, donne des instructions concernant les examens et soins préopératoires, veille à la préparation de la salle de chirurgie et pratique l'intervention requise selon les techniques appropriées. Elle prescrit également les médicaments et les soins postopératoires nécessaires au rétablissement optimal du patient et exerce un suivi périodique.

e) Neurochirurgien

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, pratique des interventions chirurgicales du cerveau, de l'épine dorsale et des nerfs de personnes atteintes de maladies neurologiques ou de lésions du système nerveux. Elle procède à une évaluation de l'état de santé des patients qui lui sont généralement envoyés par des neurologues, détermine la pertinence d'opérer, la nature et les modalités de l'intervention et planifie et réalise les interventions chirurgicales s'il y a lieu. Elle voit aux soins préopératoires des patients, prescrit la médication, les soins postopératoires, les traitements de réhabilitation physique nécessaires et effectue un suivi afin d'évaluer le processus de guérison et les résultats de la chirurgie. Elle se préoccupe de planifier soigneusement les techniques d'intervention chirurgicale à mettre en oeuvre selon les besoins des patients et de les opérer avec toute la minutie qui s'impose afin d'obtenir la meilleure amélioration possible de leur état.

f) Chirurgien plastique

Personne qui, en tant que médecin spécialiste, corrige et traite au moyen de la chirurgie le fonctionnement ou l'apparence d'une partie externe du corps, en vue de contribuer au bien-être physique et psychologique des patients. Elle pratique des interventions chirurgicales variées pour corriger des anomalies de naissance, réparer certaines déformations consécutives à des accidents ou des maladies (brûlure, fracture, arthrite, cicatrice chirurgicale, etc.) ou encore pour remodeler certaines parties du corps à des fins esthétiques. Elle peut aussi réaliser des greffes capillaires pour corriger des problèmes de calvitie.

SOINS EN THÉRAPIES ALTERNATIVES

a) Acupuncteur

Membre de l'Ordre des acupuncteurs du Québec qui procède, selon la méthode traditionnelle orientale, à l'examen clinique de l'état énergétique d'une personne et qui détermine et effectue le traitement à l'aide d'aiguilles, chaleur, pressions, courant électrique ou rayon lumineux, dans le but d'améliorer la santé ou de soulager la douleur par la stimulation des muqueuses ou des tissus sous-cutanés. Elle se préoccupe de la santé globale de la personne et prend ainsi en considération tous les aspects de sa vie, comme les émotions, le travail, les habitudes alimentaires.

b) Chiropraticien

L'exercice de la chiropratique inclut tout acte qui a pour objet de pratiquer des corrections de la colonne vertébrale, des os du bassin ou des autres articulations du corps humain à l'aide des mains. Le chiropraticien exerce une profession d'exercice exclusif. Il doit détenir un permis de l'Ordre des chiropraticiens du Québec et être inscrit au tableau de l'Ordre pour exercer la profession ; utiliser le titre réservé, soit « chiropraticien ». Un chiropraticien est autorisé à déterminer, par l'examen clinique et radiologique de la colonne vertébrale, des os du bassin et des autres articulations du corps humain, l'indication du traitement chiropratique. La chiropratique est une science, un art et une philosophie qui se préoccupe de la relation entre le système nerveux et les fonctions de notre corps. La chiropratique s'appuie sur le principe scientifique suivant : le système nerveux contrôle la fonction de chaque cellule, organe et système de notre corps. Au Québec, pour avoir le droit de faire des examens radiologiques aux fins de l'indication du traitement chiropratique, le chiropraticien doit obtenir de l'Ordre un permis de radiologie. Pour obtenir ce permis, le chiropraticien doit faire la preuve qu'il a réussi une formation universitaire en radiologie diagnostique ou en radiothérapie conforme aux exigences prévues au règlement.

c) Homéopathe

Personne qui soigne les gens au moyen de remèdes dont les substances, à doses extrêmement diluées, produisent les mêmes symptômes* que la maladie et la combattent ainsi en stimulant la résistance de l'organisme. Par les antécédents médicaux de la personne, elle diagnostique la pathologie, prescrit la médication susceptible d'améliorer l'état de santé et donne des conseils et de l'information qui visent à responsabiliser la personne dans sa démarche de recouvrement de la santé.

d) Ostéopathe

L'ostéopathie est un ensemble de techniques manuelles fondées sur la connaissance et le respect des lois qui régissent la vie et les organismes vivants. Le but de l'ostéopathie est de restaurer et de maintenir l'équilibre du corps de manière optimale pour permettre de retrouver et conserver son aptitude à s'autoréguler. Le traitement ostéopathique consiste à éliminer les restrictions de cette mobilité, cause de la maladie, de l'ensemble du corps, membres et crâne compris. Il ne s'intéresse pas uniquement à la colonne vertébrale et au bassin. Il englobe également le traitement des muscles, des fascias, des organes et viscères ; on parle d'ostéopathie fonctionnelle, d'ostéopathie structurelle, d'ostéopathie viscérale et d'ostéopathie crânienne.

DIVERS

a) Diététiste ou Nutritionniste

Personne qui guide les choix alimentaires de personnes ou de collectivités de tout âge, selon les principes de la nutrition, en vue de promouvoir la santé par une saine alimentation. Selon son mandat, elle évalue le comportement alimentaire, établit et applique un traitement nutritionnel, élabore des menus et supervise l'approvisionnement, la production et la distribution des aliments et repas. Elle planifie, applique et évalue des programmes de santé, offre des services de consultation individuelle, met au point des services d'alimentation, rédige des documents d'information, planifie et organise des programmes de recherche. Elle peut travailler, entre autres, dans un centre hospitalier*, un restaurant ou une industrie alimentaire. Elle peut intervenir dans différents secteurs : la nutrition clinique, la gestion des services alimentaires ou encore l'enseignement et la recherche. Elle s'efforce de tenir compte de la valeur nutritive et de la qualité des aliments afin de contribuer à l'amélioration ou au maintien de la santé des gens.

b) Médecin légiste

Personne qui, dans les cas de décès d'origine criminelle ou suspecte, effectue, à partir d'une ordonnance de justice, l'autopsie complète ou partielle des cadavres en vue de déterminer la cause du décès et de recueillir de l'information sur les circonstances probables du décès. Elle

doit également fournir un rapport pour rendre compte de ses constatations et de ses hypothèses (confirmation d'identité, nature des blessures, indices sur l'arme utilisée et sur les circonstances de l'agression, date, heure et lieu du décès, etc.) et présenter son témoignage à l'occasion du procès. Elle s'efforce de déceler avec objectivité tous les indices susceptibles d'éclairer les circonstances de la mort et d'appuyer ses déductions sur des constats rigoureux afin de fournir un avis fiable.

ANNEXE 4 : ENSEMBLE DE LA TERMINOLOGIE

Abus sexuel
Il peut s'agir d'un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination vis à vis d'elle.

Acculturation
Adaptation d'un individu à une culture étrangère avec laquelle il est en contact. Processus par lequel un groupe humain assimile une partie des valeurs culturelles d'un autre groupe humain.

Acné juvénile
Acné propre à la puberté, à la jeunesse.

Affection psychosomatique
Trouble se manifestant par des symptômes qui peuvent être causés en partie par le stress ou d'autres facteurs psychologiques, non physiques.

Agression physique
Attaque contre une personne ou ses biens. Le fait de mordre, de faire tomber, de tordre un bras, de bousculer, de frapper une autre personne, sont des exemples d'agression physique. En outre, gifler, étouffer, tirer les cheveux ou donner des coups de poing et des coups de pied en sont aussi. Utiliser une arme contre l'autre, le battre, le jeter par terre constitue d'autres formes d'agression physique.

Aidant naturel
Membre de la famille ou personne dans l'entourage du patient qui assume les responsabilités de l'aide et du soutien quotidiens.

Aide juridique
Le requérant admissible à l'aide juridique reçoit les services juridiques d'un avocat permanent de l'Aide juridique ou, s'il en fait le choix, d'un avocat de pratique privée qui accepte le mandat. La personne qui en bénéficie ne paie aucun montant à l'avocat ou au notaire sauf, s'il y a lieu, les montants établis pour les requérants admissibles avec contribution.

Aménorrhée
Absence du flux menstruel, en dehors de l'état de grossesse, chez une femme en période d'activité génitale.

Amniocentèse
Ponction de liquide amniotique permettant de déceler des troubles du métabolisme fœtal, des anomalies chronosomiques et de déterminer le sexe du fœtus.

Angine
Inflammation de l'isthme du gosier et du pharynx, mal de gorge.

Angoisse
Malaise psychique et physique né d'un sentiment de l'imminence d'un danger caractérisé par une forte crainte.

Anorexie
Il s'agit d'une perte de l'appétit, mais en fait l'anorexie mentale est une restriction volontaire de l'alimentation avec un amaigrissement massif. Elle concerne, neuf fois sur 10, une jeune femme entre 14 et 23 ans. Il s'agit d'une maladie de civilisation où l'image médiatique de la femme mince, parfaite, résistante aux tentations d'un monde d'abondance, y est sans doute pour beaucoup.

Anxiété
État de trouble psychique et physique né d'un sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant souvent de phénomènes physiques. Synonyme : angoisse, appréhension.

Aphasie
Trouble de l'expression et de la compréhension du langage oral ou écrit dû à une lésion cérébrale.

Asthme
Maladie qui est caractérisée par un essoufflement intense survenant par accès et se terminant par une expectoration de crachats fluides, suffocation parfois et respiration sifflante et ralentie.

Avortement
Expulsion spontanée (fausse couche) ou provoquée d'un fœtus, avant viabilité.

Biopsie
Prélèvement sur un être vivant d'un fragment de tissu en vue d'un examen microscopique (exemple, biopsie du foie).

Blennorragie
Il s'agit d'une infection d'origine vénérienne, provoquée par un gonocoque. Elle provoque un écoulement douloureux au niveau des muqueuses atteintes et peut provoquer la stérilité si elle n'est pas soignée rapidement.

Boulimie
Besoin intense de manger accompagnant certains troubles physiques ou mentaux.

Centre de réadaptation (CR)
Centre qui offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale en raison d'un handicap physique ou mental, de troubles du comportement, de problèmes psychosociaux ou familiaux, d'alcoolisme ou d'autres problèmes de toxicomanie, aux personnes qui en ont besoin.

Centre de soins de longue durée (ou centre d'hébergement) (CHSDLD)
Centre offrant un milieu de vie substitut. Il s'agit de services d'hébergement ainsi que de services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux destinés aux adultes. Souvent, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ils ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. Les CHSLD offrent des soins quotidiens aux personnes en grave perte d'autonomie, permanente ou non, quel que soit leur âge. Pour être admis dans un CHSLD, il faut une recommandation de son CLSC.

Centre hospitalier universitaire
Centre hospitalier exploité par une institution, qui, en plus de réaliser les activités reliées à sa mission, offre des services spécialisés ou ultra spécialisés dans diverses disciplines médicales, évalue les technologies médicales, participe à la formation médicale dans différentes spécialités en vertu d'un contrat d'affiliation et gère un centre ou un institut de recherche.

Chamanisme
Le chamanisme est considéré par certains comme une religion et par d'autres, comme un culte thérapeutique. Il est caractérisé par le culte de la nature, la croyance aux esprits et des pratiques divinatoires et thérapeutiques telles que la transe et l'extase. Le rêve ainsi que les substances psychédéliques utilisées de façon systématique, jouent aussi un rôle important.

Chambre de la jeunesse
La loi utilise le terme « tribunal pour adolescents » pour désigner l'instance chargée d'entendre les causes impliquant des adolescents accusés d'avoir commis des infractions. Au Québec, c'est la Cour du Québec ou Chambre de la jeunesse qui remplit les fonctions de tribunal pour adolescents. Peu importe le nom qu'on utilise, il s'agit du même tribunal.

Chambre de naissance
Salle de travail et d'accouchement dans un décor évoquant la maison, destinée aux parents qui ont suivi certains cours prénatals et qui désirent vivre la naissance à deux.

Chirurgie d'un jour
Intervention chirurgicale, diagnostique ou thérapeutique telles que l'endoscopie ou les cystoscopies. Le patient retourne à la maison au lieu de passer la nuit à l'hôpital.

Chlamydia
Il s'agit d'une maladie transmissible sexuellement. Elle est transmise surtout par contact sexuel des organes, de l'anus et de la bouche avec une personne qui a la maladie. Pendant l'accouchement, la femme qui a la maladie peut la transmettre à son nouveau-né.

Colique
Douleur survenant sous forme d'accès violent ressentie au niveau des viscères abdominaux, du colon. Diarrhée.

Compromission
Situations ou la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis.

Consentement éclairé
Il repose sur ce principe que toute personne doit être présumée capable a priori de recevoir des informations et de donner un consentement « libre et éclairé » à un acte médical qu'on lui propose, à moins qu'il n'ait été établi que cette capacité lui fait défaut. Il incombe au

médecin (plus généralement, au personnel de santé) de l'informer de façon suffisamment claire et adaptée pour que la personne soit en mesure d'exercer sa liberté de jugement et de décision.

Consultation en clinique externe
Prestation de services médicaux, de services chirurgicaux mineurs, de services dentaires et d'autres services sans que le patient ne soit admis à l'hôpital. (*Voir Soins ambulatoires*).

Continuum des soins et services
Gamme complète de services polyvalents, inter reliés efficacement et assurés en établissement, en milieu communautaire ou à domicile.

Contraceptif
Qui s'oppose à la conception : pilules, stérilets, spermicides, diaphragme, préservatifs.

Contraception
La contraception permet une infécondité volontaire et temporaire chez la femme ou chez l'homme, grâce à des techniques « naturelles » (retrait, méthode Ogino), des moyens locaux mécaniques (préservatif, stérilet, diaphragme, cape), chimiques (spermicide) ou grâce à des hormones (pilule).

Contrevenant
Il s'agit d'un terme juridique qui désigne une catégorie particulière de délinquants, à savoir les délinquants mineurs.

CPE
Il s'agit du nouveau terme pour les garderies, soit les Centres de la petite enfance.

Cystoscopie
Examen de la vessie grâce au cystoscope, instrument permettant d'examiner l'intérieur de la vessie.

Déficience
Perte, malformation ou anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est observable, mesurable et fait l'objet d'un diagnostic.

Déontologie
Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier (code de déontologie).

Dépressif
Qui est sujet à la dépression nerveuse.

Dépression
État mental pathologique caractérisé par de la lassitude, du découragement, de la faiblesse, de l'anxiété.

Déprimé
Concerne une personne abattue, découragée, triste ou mélancolique.

Diagnostic
Prévision, jugement tiré de l'analyse des signes (exemple : dépression).

Dossier judiciaire d'un adolescent
Le dossier judiciaire d'un adolescent est conservé dans le répertoire central et peut être utilisé à titre d'antécédent criminel. Ce dossier contient entre autre des informations sur l'infraction commise et pour laquelle l'adolescent a été déclaré coupable, notamment, le nom de la loi et le numéro de l'article correspondant à cette infraction et la date de la condamnation. On trouve aussi dans ce dossier la décision prise à l'égard de l'adolescent.

Dossier médical
Dossier d'un patient conservé par un hôpital ou un médecin et faisant état des données cliniques sur le diagnostic, le traitement et les résultats.

DPJ (la)
Direction de la protection de la jeunesse.

DPJ (le)
Directeur de la protection de la jeunesse.

DSM-IV
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Le dernier à jour en anglais est le DSM-V. Il regroupe les maladies mentales en cinq axes ou catégories : axe 1 : troubles psychiatriques majeurs ; axe I :troubles de la personnalité, troubles de l'apprentissage et retard mental ; axe III : autres affections médicales ; axe IV : facteurs psychosociaux et facteurs de stress.

Échographie
Technique d'examen utilisant les ondes sonores pour étudier les structures anatomiques ou les organes et en mesurer la taille, l'emplacement et les contours. Cette technique sert à évaluer et à diagnostiquer les maladies.

Éclampsie
Affection grave atteignant les femmes enceintes, caractérisée par des convulsions et accompagnée de coma.

Ectopique
Relatif à la situation anormale d'un organe ; exemple grossesse ectopique, extra-utérine, etc.

EEG (Électroencéphalogramme)
Courbe obtenue par l'électroencéphalogramme ; enregistrement graphique des variations de potentiel électrique qui se produisent de façon continue au niveau de l'écorce cérébrale et qui constituent les manifestations électriques de son activité.

Endomètre
Revêtement interne de l'utérus, dont la couche superficielle est renouvelée lors de chaque cycle menstruel.

Endoscopie
Examen de l'intérieur des organes ou cavités du corps au moyen de l'endoscope, un instrument composé d'un tube optique muni d'un système d'éclairage que l'on introduit dans les cavités naturelles du corps pour l'examiner.

Enquête policière
L'enquête policière vise à recueillir des informations relatives aux événements pour lesquels une plainte a été déposée : vol, agression, fraude, etc. L'enquête permet aux policiers de reconstituer les faits liés à une infraction. Pendant l'enquête, l'agent en charge du dossier peut rencontrer les témoins, rappeler la victime pour obtenir plus de détails ou de renseignements sur sa version des événements. Il est également possible que le policier demande à la victime d'identifier certaines personnes ou biens liés à l'incident.

Enquête sous cautionnement (adulte)
Procédure judiciaire qui a lieu une fois qu'une personne a été arrêtée et accusée. Le tribunal décide si l'agresseur devrait être remis en liberté sous condition. Il peut, par exemple, lui interdire de communiquer avec la victime ou ordonner que l'accusé demeure en prison jusqu'à ce que le tribunal se prononce sur les accusations.

Enquête sous cautionnement (jeune)
L'enquête sous cautionnement détermine si le jeune ayant fait l'objet d'une détention provisoire peut être remis en liberté jusqu'au procès.

Entente
Une entente est faite par écrit et elle contient les objectifs des mesures volontaires. Elle précise aussi les moyens (ou mesures) devant être pris par les parents et l'enfant ainsi que la durée de l'entente. Elle est utilisée dans le cadre du régime volontaire ou de l'application de mesures volontaires.

Épilepsie
État caractérisé par un dérèglement du système nerveux central et qui se traduit généralement par des crises ou des convulsions qui s'accompagnent souvent d'une perte de conscience.

Épisiotomie
Incision pratiquée lors d'un accouchement pour éviter les déchirures.

Étiologie
Étude des causes des maladies.

Famille d'accueil
Milieu de vie substitut qui se rapproche le plus possible du milieu familial. Lieu qui héberge des enfants.

Fausse couche
Il s'agit de l'expulsion d'un embryon ou du fœtus avant viabilité. Il existe deux types de fausses couches : la précoce et la tardive. La plus fréquente est la fausse couche précoce qui survient avant la 15^{e} semaine de grossesse. Elle est généralement causée par l'expulsion d'un embryon présentant une malformation. La fausse couche tardive survient entre la 15^{e} et la 20^{e} semaine de grossesse. Elle est le plus souvent liée à des problèmes anatomiques chez la mère.

Flore vaginale
Bactéries normalement présentes dans le vagin, ne provoquant aucun trouble et protégeant contre des champignons microscopiques et infectieux.

Fœtus
Produit de la conception, encore renfermé dans l'utérus, ayant passé le stade d'embryon et commençant à présenter les

caractères du nouveau-né.

Fontanelle
Espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, qui ne s'ossifie que progressivement au cours de la croissance.

Foyers de groupe
Les foyers de groupe sont conçus pour les jeunes contrevenants reconnus coupables d'infractions mineures et n'ayant pas besoin d'encadrement restrictif. On compte de six à 12 jeunes par foyer et ils continuent d'entretenir des relations avec leur famille et la collectivité.

Garde des enfants
Le parent qui a la garde des enfants, est déterminé légalement et il devient la personne responsable des principales décisions concernant leur éducation et leur instruction. Généralement, quand la mère a la garde des enfants, ces derniers vivent avec elle, mais ils peuvent rendre visite à leur père.

Génital
Relatif aux organes de la reproduction chez l'homme ou la femme.

Génito-urinaire
Qui a rapport aux fonction de la reproduction et à l'excrétion urinaire.

Gonocoque
Bactérie responsable de la blennorragie transmise par voie sexuelle.

Gonorrhée
Il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible.

Groupe de médecine familiale (GMF)
Ils travaillent en étroite collaboration avec les CLSC pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diag-nostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Leurs services seront accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Hallucination
Perception pathologique de faits, d'objets, qui n'existent pas, de sensa-tions, en l'absence de tout stimuli extérieurs.

Handicap
Une personne éprouvant un désavantage social résultant d'une déficience et/ou d'une incapacité. Son handicap limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux.

Harcèlement criminel
Il y a harcèlement criminel si l'agresseur ne cesse de suivre ou de communiquer avec la victime, de façon répétée, ou s'il surveille la victime ou les enfants ou se comporte d'une manière menaçante envers eux.

Hépatite
L'hépatite A est une maladie courante et sans gravité. La contamination se fait par l'ingestion d'eau ou d'aliments souillés. La transmission directe entre deux personnes est possible (par contact avec les selles ou des objets contaminés, ou encore au cours de contacts bouche anus). L'hépatite A s'attrape souvent lors de voyages dans des pays ou l'hygiène est peu dévelop-pée. La personne contaminée peut rester sans symptôme ou développer une hépatite A aiguë, soit la jaunisse. Le virus de **l'hépatite B** est transmis par le sang et les sécrétons sexuelles (sperme, sécrétions vaginales) mais, contrairement au VIH, la salive peut également être contaminante et la transmission peut aussi se faire à partir d'objets de toilettes (brosse à dents, rasoir...) s'ils appartiennent à une personne porteuse du virus. Il existe un risque de transmission mère-enfant au moment de l'accouchement, mais ce risque est considérablement réduit pour le nouveau-né lorsqu'on lui injecte des immuno-globulines anti-hépatite B et qu'on le vaccine contre le virus de l'hépatite B. L'allaitement maternel est ensuite déconseillé.

Hospitalisation
Séjour d'un patient en milieu hospitalier

Imagerie par résonance magnétique (IRM)
Service diagnostique non envahissant permettant une visualisation des tissus de l'organisme.

Incapacité
Toute réduction totale ou partielle résultant d'une déficience, dans la capacité d'ac-complir une activité.

IVG
Interruption volontaire de grossesse ou avortement.
Judiciarisation
On a recours à la judiciarisation, lorsque l'on ne peut pas trouver d'entente sur des mesures volontaires ; la situation de l'enfant doit alors être soumise au tribunal.
Laparoscopie
Méthode d'intervention chirurgicale au moyen d'un laparoscope, un type d'endoscope (tube de visualisation) qui pénètre la cavité abdominale ou un membre. Cela peut se résumer à la visualisation d'un organe ou d'une région, ou encore à une intervention (ablation, modification, biopsie, réparation) sur l'organe.
Layette
Ensemble des vêtements, du linge qu'utilise le jeune enfant de la naissance à 18 mois environ.
Ligne téléphonique Info-Santé CLSC
Les lignes Info-Santé CLSC sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Des infirmières donnent des conseils et de l'information sur tout problème de santé ou de service social et orientent les personnes vers les ressources appropriées à leurs besoins.
LJC
Loi des jeunes contrevenants (abrogée en 2002 et remplacée par la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.
LPJ
Loi sur la protection de la jeunesse.
MAD
Maintien à domicile.
MADO
Maladie à déclaration obligatoire.
Maison d'hébergement
C'est un endroit où la victime peut demeurer en toute sécurité pendant quelques semaines avec ses enfants. On lui demandera peut-être de contribuer à son séjour, selon ses moyens financiers Le conjoint violenté n'est pas obligé de dire son nom. On peut aussi appeler pour obtenir des conseils.
Maison des naissances
Une résidence chaleureuse dont la mission consiste à fournir un lieu familial et sécuritaire pour le suivi et l'accouchement des femmes dont la grossesse se déroule normalement. Les futures mères sont accompagnées de sages-femmes responsables d'assurer les soins durant la grossesse, lors de l'accouchement et durant la période postnatale pour la mère ainsi que pour le bébé. Le suivi par la sage-femme est basé sur un soutien physique et émotif individualisé ainsi que sur le respect de la personne.
Maladie chronique
Maladie ayant un développement graduel et une durée indéfinie. L'artériosclérose, l'emphysème, l'hypertension et le diabète en sont des exemples.
Maniaco-dépressif
Ce terme est aujourd'hui remplacé par trouble bipolaire
Mauvais traitements physiques
Il s'agit d'actions ou d'omissions dirigées vers un enfant, provoquant des traumatismes corporels et affectant son intégrité physique.
Méconium
Nom donné aux matières intestinales que le fœtus expulse peu après sa naissance.
Mesure de rechange
Une mesure de rechange est une alternative au processus judiciaire. Elle est proposée à un jeune qui reconnaît sa responsabilité face à une infraction. Le jeune signe alors une entente avec le délégué à la jeunesse (le représentant du Directeur de la protection de la jeunesse). Il s'engage à accomplir une action quelconque, envers lui-même ou dans la communauté.
Mesures provisoires
Ces mesures sont celles qui sont ordonnées et qui s'appliquent à partir du dépôt d'une requête principale jusqu'à l'ordonnance finale du tribunal.
Mesures d'urgence
Ces mesures sont celles qui sont appliquées avant que le DPJ ne décide de l'orientation de la situation, avec ou sans opposition des parents. Il peut s'agir soit de retirer immédiatement l'enfant du lieu ou il se trouve ou de le confier sans délai à un

établissement ou à une famille d'accueil ou à autre personne.

Mesures volontaires
Ces mesures font l'objet d'une entente entre le DPJ, les parents et l'enfant de 14 ans et plus ; l'entente porte sur la reconnaissance de la situation de compromission et sur les moyens d'y mettre fin.

Microcéphalie
Petitesse du crâne due à un arrêt de développement du cerveau.

Mise sous garde
La mise sous garde est une mesure de détention que l'adolescent doit purger dans un centre jeunesse. Une ordonnance de mise sous garde peut être d'une durée d'un jour jusqu'à trois ans dans les cas les plus graves.

MTS
Maladies transmissibles sexuellement.

Névrose
Affection caractérisée par des troubles affectifs émotionnels (angoisse, phobies, obsessions, asthénie) qui altèrent le comportement et le raisonnement du malade et qui sont cause de souffrance. Le sujet ne présente pas de symptômes psychotiques et son comportement n'outrepasse généralement pas les limites socialement admises.

Obligation de ne pas troubler la paix
L'obligation de ne pas troubler la paix est une ordonnance assortie de conditions, rendue par un tribunal de juridiction criminelle. Par exemple, l'agresseur peut se voir interdire d'approcher, d'écrire ou de téléphoner à la victime.

Obsession
Idée, image, mot qui s'impose à l'esprit de façon répétée et incontrôlable, hantise. État d'une personne qu'un démon possède. Action d'importuner, d'obséder.

Obstétrique
Partie de la médecinequi traite des accouchements, de la grossesse.

Ombudsman
Dans tous les établissements publics de santé, il y a un commissaire à la qualité des services (ombudsman). Déposez votre plainte auprès de cette personne. Elle a 45 jours pour vous répondre. Si vous êtes insatisfait de la réponse, faites part de votre plainte au Protecteur des usagers du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ordonnance
Lorsque la situation de l'enfant ne peut pas trouver de remède à partir d'une entente sur des mesures volontaires, elle doit être soumise au tribunal. Cette judiciarisation entraîne nombre de contraintes liées aux procédures, avec des délais et des débats inévitables.

Ordonnance de probation
Il s'agit d'une ordonnance émanant d'un tribunal de juridiction criminelle qui peut faire partie de la peine infligée à un contrevenant. La personne qui fait l'objet d'une ordonnance de probation se verra imposer des conditions à sa mise en liberté (par exemple, obtenir du counseling).

Ordonnance d'un tribunal civil ou d'un tribunal de la famille
Si l'on craint pour sa sécurité et que l'on ne veut pas demander l'aide de la police, on peut obtenir une ordonnance auprès d'un tribunal civil ou d'un tribunal de la famille.

Orientation de l'enfant
C'est le DPJ qui doit décider de l'orientation à donner à l'enfant, lorsqu'il a été établi que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis. Elle a pour but de reconnaître les mesures nécessaires pour mettre fin à la situation de compromission et d'éviter qu'elle ne se reproduise.

Orthèse
Appareil destiné à restituer la fonction, à compenser, à accroître ou même à corriger les difformités du corps ou d'un membre qui a perdu sa fonction (minerve, collier, corset, semelles orthopédiques, etc.)

Otite
Inflammation aigüe ou chronique de l'oreille.

Ovariectomie
Enlèvement d'un ou des deux ovaires.

Panique
Qui trouble subitement et violemment l'esprit. Terreur extrême et soudaine parfois collective devant un danger réel ou seulement possible.

Péridurale
Anesthésie par injection d'anesthésique entre les vertèbres et la dure-mère (une des trois méninges) soit dans la région dorsale.
Périnatal
Relatif à la période précédant ou suivant la naissance.
Phobie
Crainte excessive, maladive et irraisonnée de certains objets, d'actes, de situations ou d'idées.
Pilule du lendemain
Il s'agit d'une contraception d'urgence, en cas de rapport sexuel non protégé ou d'accidents. Elle consiste en l'administration d'une dose choc d'hormones (œstrogènes ou progestérone) et a pour but d'empêcher le transport et l'implantation d'un œuf fécondé.
Placenta
Masse charnue et spongieuse qui entoure le fœtus dans l'utérus.
Possession (en tant que thérapie)
La possession peut être considérée comme l'organisation collective de rituels « religieux », mais aussi festifs et musicaux, au cours desquels le corps du patient, ainsi que celui de certains assistants et d'auxiliaires du thérapeute, en état de transe, adoptent le comportement, la parole et la voix d'êtres mythiques tels que divinités, esprits, démons ou ancêtres.
Prélèvement
Opération par laquelle un morceau de tissu est prélevé, un organe ou un liquide organique tel que prélèvement sanguin, appelé aussi « prise de sang ».
Préservatif
Le préservatif est une barrière mécanique empêchant le passage du sperme dans les voies génitales du partenaire. Par exemple, il peut s'agir d'un capuchon de latex à mettre sur le pénis en érection. Chez la femme, il s'agit souvent d'un diaphragme placé au fond du vagin. Il permet la contraception et la protection contre les MST.
Primipare
La personne qui accouche pour la première fois.
Procureur
Il s'agit de l'avocat qui représente le gouvernement. Le procureur de la couronne présente la cause au tribunal lorsqu'un crime a été commis.
Programme NEGS
Projet de surveillance des bébés de petit poids et intitulé « Naître égaux - grandir en santé ».
Programme OLO aussi appelé LOV
Projet de complément alimentaire pour les femmes enceintes composé d'œufs, de lait et d'oranges, mais dans certains milieux, il s'agit de lait, d'œufs et de vitamines.
Prothèse
Appareil destiné à remplacer en tout ou en partie un membre amputé ou malformé congénitalement et à lui restituer sa fonction ou son aspect original (prothèse de la hanche, prothèse auditive, prothèse dentaire, etc.)
Psychanalyse
Thérapie fondée sur la parole et inventée par le Dr Sigmund Freud. Elle a pour but de permettre au sujet de surmonter ses problèmes actuels par des techniques telles que l'analyse des rêves, le rappel des expériences de l'enfance, etc. Des expériences malheureuses de la prime enfance seraient en partie responsables des problèmes de l'individu.
Psychédélique
Qui résulte de l'absorbtion de drogues hallucinogènes. Qui évoque les visions de l'état psychédéliques (dessins, musique psychédéliques...)
Psychologie
Discipline, profession et science qui traitent de l'étude du fonctionnement mental et du comportement des personnes et des animaux.
Psychopathe
Malade mental déséquilibré dont la personnalité relève de la psychopathologie.
Psychopathologie
Étude médicale des troubles mentaux, science de base de la psychiatrie.
Psychose
Maladie mentale affectant de manière essentielle le comportement et dont le

malade ne reconnaît pas le caractère morbide (à la différence des névroses). Trouble mental grave qui altère la capacité de l'individu à penser, à réagir émotionnellement, à se souvenir, à communiquer, à interpréter la réalité et à bien se comporter, ce qui l'empêche de bien fonctionner dans le quotidien. Synonyme : aliénation, délire, démence, folie, paranoïa.

Psychosocial
Qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale

Psychosomatique
Qui étudie et soigne les affections ou se rapporte à des troubles organiques ou fonctionnels occasionnés, favorisés ou aggravés par des facteurs psychiques (émotionnels et affectifs).

Psychothérapie
Il s'agit d'une forme de traitement qui implique qu'une personne apprend à régler ses troubles émotionnels en les analysant avec un thérapeute. Bien des troubles existentiels sont souvent des réactions à des événements marquants de notre vie (naissance, mariage, divorce, décès, diplôme, retraite). Il existe plusieurs formes de psychothérapies et plusieurs manières d'y participer : en tête à tête avec le thérapeute, avec la famille tout entière ou avec des groupes de personnes qui partagent les mêmes problèmes. Ce mode de traitement est fondé sur la communication verbale entre le patient et le thérapeute.

Psychotrope
Médicament qui agit chimiquement sur le psychisme. Les psychotropes se classent selon leur action
- stimulante : anti-dépresseurs
- calmante : tranquillisants
- génératrice de troubles : psycholeptique

Rapport pré décisionnel
Le rapport pré décisionnel est un document qui aide le tribunal à imposer une mesure appropriée à un adolescent reconnu coupable d'une infraction. Elle vise à le responsabiliser et à favoriser efficacement sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

Régime judiciaire
C'est le processus qui permet de saisir le tribunal de la situation de l'enfant. Il enclenche la procédure judiciaire.

Régime volontaire
Il s'agit de décider de l'application de mesures volontaires entre les parents et l'enfant.

Repli sur soi
Perte de contact avec les autres, isolement.

Réponse à l'accusation
Enregistrer une réponse à l'accusation, c'est le fait de dire au tribunal que l'on se reconnaît non coupable ou coupable, face à une infraction reprochée.

Résidence d'accueil
Milieu de vie substitut qui se rapproche le plus possible du milieu familial. Lieu qui héberge des adultes qui nécessitent support et aide dans leurs activités quotidiennes, mais de façon moins intensive que dans un centre de longue durée.

Responsabilité parentale
Il s'agit de l'expression qui remplace « autorité parentale » car cette dernière ne constitue qu'une composante des responsabilités parentales. Ils ont donc la responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation et d'en assurer la surveillance.

Sage-femme
Personne qui a acquis les qualifications requises pour être légalement habilité à exercer le métier de sage-femme. Elle doit être en mesure de donner les soins et les conseils nécessaires aux femmes durant la grossesse, le travail et la période post-partum, de se charger de l'accouchement et de dispenser des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

Salpingite
Inflammation d'une trompe.

Schizophrénie
Psychose caractérisée par une désagrégation psychique (ambivalence des pensées, des sentiments, conduite paradoxale), la perte du contact avec la réalité, le repli sur soi.

Service de réadaptation
Service offrant des services médicaux, des services de santé, des services sociaux et

des services d'orientation professionnelle afin d'aider les personnes handicapées à maximiser ou à conserver leur capacités fonctionnelles.

Service de relève ou relevailles
Service offrant un répit de courte durée à la famille et aux aidants naturels qui s'occupent des soins du patient à la maison.

Service médico-légal
Équipe œuvrant en milieu hospitalier, qui pratique des expertises destinées à fournir des preuves utilisées en justice.

Services courants
Qui a cours d'une manière habituelle, connue, familière. Il y a donc un caractère d'immédiateté et d'accessibilité inhérente au terme courant. Cette accessibilité recouvre quatre niveaux :

- horaire, c'est à dire en tout temps, 24 heures par jour, sept jours par semaine ;
- géographique, c'est à dire facilement repérable et à une distance raisonnable du domicile ;
- culturel, c'est à dire qu'il existe une sensibilité aux différences culturelles et que, quel que soit la race, la couleur, la langue, la religion, chaque personne sera comprise, acceptée et reçue ;
- architectural, c'est à dire que l'aménagement des lieux physiques et des locaux est conçu pour accueillir toute catégorie de personne, y compris celles qui ont des limitations sur le plan physique.

C'est en définitive le service que tout citoyen peut s'attendre à recevoir au moment où il exprime un besoin.

Signalement
C'est le fait et l'obligation de signaler ou de faire connaître au DPJ qu'on a des raisons de croire que la sécurité et le développement d'un enfant sont compromis. Immunité et protection sont accordées à la personne qui effectue un signalement.

Soins à domicile
Soins infirmiers, services de préposé aux soins et services essentiels d'entretien ménager, assurés au domicile du patient.

Soins ambulatoires
L'expression suppose habituellement que le patient se rend à un endroit pour recevoir des services et quitte le jour même après avoir reçu les services en question. Type de services, de diagnostic et de traitement pouvant être offerts à titre externe, par exemple dans un cabinet de médecin, une clinique externe ou un centre médical de groupe, par opposition aux services offerts dans le cadre d'une hospitalisation.

Soins de courte durée ou aigus
Soins ou traitement prodigués pour une maladie ou une blessure nécessitant une attention soutenue de la part du personnel soignant, habituellement durant une courte période.

Soins de première ligne
Expression qui englobe tous les soins primaires requis ; elle est souvent synonyme de médecine familiale et de médecine générale. Désigne aussi les soins prodigués par les spécialistes en médecine interne et les pédiatres.

Soins palliatifs
Soins interdisciplinaires visant à réconforter et à soutenir le patient en phase terminale et la famille tout au long de la période qui précède la mort. Les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et à accompagner vers le décès. Ils visent à aider le patient et ses proches à faire face aux problèmes physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques de la maladie.

Soins spécialisés
Il s'agit du troisième niveau (le plus intensif) de soins hospitaliers, habituellement assurés à l'échelle de la région ou de la province dans un centre médical et chirurgical ultra spécialisé doté d'installations technologiques et de soutien très perfectionnées afin de résoudre un problème de santé complexe et inhabituel.

Staturo-pondéral
Qui se rapporte à la croissance du corps d'une personne, à sa masse corporelle, à sa grandeur, à son poids, etc.

Stigmatisation
Terme désignant les caractéristiques

physiques et comportementales d'un individu, qui font de lui une victime de rejet social. Dans le contexte de la maladie mentale, le terme renvoie à la mauvaise perception qu'a la société des malades mentaux en général, et qui se traduit souvent par une tendance à les maltraiter.

Stress
Tension nerveuse, effort intense ; ensemble des réactions (physiques, métaboliques, comportementales) à un agent agressif ; situation, fait traumatisant pour un individu.

Symptôme
Phénomène, caractère perceptible ou observable lié à un état. Ce qui manifeste, révèle ou permet de prévoir (un état, une évolution).

Taxage
Extorsion d'objets divers ou d'argent, souvent accompagnée de violence, commise habituellement par des jeunes aux dépens d'autres jeunes.

Télémédecine
La télémédecine désigne la consultation clinique à distance par voie électronique et l'équipement de vidéoconférence de pointe.

Traumatisme
Ensemble des lésions provoquées accidentellement par un agent extérieur ; ensemble des troubles qui en résultent (traumatisme crânien par exemple).

Triage
Sélection et classification rapide des patients qui se présentent dans une clinique ou à l'urgence selon la nature ou la gravité de leur blessure ou maladie. Le code attribué déterminera l'ordre dans lequel le patient sera vu par le médecin.

Trouble bipolaire (mixte)
Maladie mentale caractérisée par deux types d'humeurs opposés et extrêmes : épisodes maniaques (hyperactivité, surexcitation et exaltation excessives, réduction du besoin de sommeil, fuite des idées, etc.) et épisodes dépressifs (caractérisés par une perte de l'appétit et de l'estime de soi, des troubles du sommeil [insomnie et hypersomnie], du désespoir, une perte d'énergie, des idées suicidaires, etc.).

Troubles de comportements
C'est un ensemble de réactions observables et structurées qui démontre la désorganisation de l'enfant.

VC
Expression souvent utilisée pour parler d'un événement de violence conjugale (un VC).

Victime
La victime désigne « la personne qui souffre par la faute d'autrui ». Personne qui subit la haine, les tourments, les injustices de quelqu'un.

Violence conjugale
Blessures violentes et traitement brutal infligés à un membre de la famille par un autre membre de cette famille.

Violence physique
Agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. Le conjoint ou le parent qui fait preuve de violence physique donne des coups, secoue l'autre personne, la gifle, lui broie les mains, l'immobilise, la séquestre, l'attache, fait mine de l'étrangler, de la frapper avec un bâton, etc. (voir agression physique).

Violence psychologique
La violence psychologique, c'est une série d'attitudes et de propos méprisants et humiliants. La personne qui utilise la violence psychologique dénigre les capacités intellectuelles de l'autre personne ou lui reproche d'avoir peu de talents sexuels. Il critique sa façon d'éduquer leurs enfants ou de cuisiner et lui renvoie d'elle-même une image d'incompétence, de nullité.

Violence sexuelle
Forcer l'autre conjoint à avoir des rapports sexuels avec soi ou avec d'autres personnes, l'attacher, le mordre, le pénétrer par l'anus sans son consentement explicite, tout en proférant des termes dévalorisants, l'obliger à se prostituer, sont des exemples de violence sexuelle.

Violence verbale
La violence verbale est reliée à des éclats de voix, des cris, des hurlements, un ton de voix plus élevé ou un ton de voix plus bas ou plus suave, pour intimider l'autre

conjoint ou le menacer. Le conjoint peut garder son timbre de voix habituel, mais abreuver l'autre d'insultes, d'injures, de menaces... ou de simples sarcasmes.

Virage ambulatoire

Il s'agit du virage entrepris dans l'organisation des services de santé : la personne pouvant se déplacer n'est plus hospitalisée pour recevoir les traitements et les interventions qui lui sont nécessaires.

Voies de fait

Les voies de fait sont l'utilisation de la force, ou la menace d'utiliser la force, contre une autre personne, et cela, sans son consentement.

Vol par effraction

Vol commis en brisant quelque chose comme une serrure, une fenêtre, etc.

Voyance

Faculté de l'esprit ne relevant d'aucune intervention surnaturelle ou divine, permettant à un individu de percevoir les faits cachés dans le passé, le présent, le futur d'un autre individu ou d'un groupe d'individus, à travers le temps et l'espace.

ANNEXE 5 : PRINCIPAUX SIGLES

ACJQ
Association des centres jeunesse du Québec

ACLSC-CHSLDQ
Association des C.L.S.C. et des C.H.S.L.D. du Québec

ACMDPQ
Association des conseils des médecins, dentiste et pharmaciens du Québec

ACSSSSA
Association des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux

AERDPQ
Association des établissements de la réadaptation en déficience physique du Québec

AHQ
Association des hôpitaux du Québec

CAS
Commission des affaires sociales

CH
Centre hospitalier

CHSLD
Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CII
Conseil des infirmières et infirmiers

CLSC
Centres locaux de services communautaires

CM
Conseil multidisciplinaire

CMDP
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CPEJ
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CQRS
Conseil québécois de la recherche sociale

CR
Centre de réadaptation

CSSS
Centre de santé et de services sociaux, né des fusions des CLSC, CHSLD et des hôpitaux en juillet 2004

CSST
Commission de la santé et de la sécurité au travail

FMOQ
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FMSQ
Fédération des médecins spécialistes du Québec

FQCRPAT
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes

FQCRPDI
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes en déficience intellectuelle

FRSQ
Fonds de recherche en santé du Québec

MSSS
Ministère de la Santé et des Services sociaux

ODQ
Ordre des dentistes du Québec

OIIQ
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS
Organisation mondiale de la santé

OPHQ
Office des personnes handicapées du Québec

OPQ
Office des professions du Québec

RAMQ
Régie de l'assurance -maladie du Québec

SAAQ
Société de l'assurance- automobile du Québec

NOTES

1 Cette section a été rédigée en août 2003 ; des modifications pourraient avoir lieu après cette date.

2 *Être administrateur au sein d'un conseil d'administration d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux*, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Gouvernement du Québec, 2000, p. 45 et 46.

3 Toutefois, un délai de carence de 90 jours s'applique aux nouveaux immigrants et aux Québécois s'étant absentés du Canada durant plus de183 jours.

4 *Aspects méthodologiques et politiques de l'évaluation des services d'interprétation et d',accès linguistique en milieu médical*, Sarah Bowen, M.Sc. et Joseph Kaufert, Ph. D., Novembre 2000

5 Office of Minority Health, USA 1999

6 Eldridge c. Colombie-Britannique (procureur général), Cour suprême, octobre 1997

7 Chattu v. Pankratz, 1990-03-23, BCSC-S90-0364

8 Voir l'article résumant cette affaire en Annexe 3.

9 Hôpital chinois de Montréal c. le Syndicat canadien de la fonction publique et l'Alliance des infirmières du Québec – cause : 500-05-043563-988

10 Bélanger, Danielle-Claude. 2000. « Pour une définition générale de l'interprétation », *Le Lien, Bulletin de l'Association québécoise des interprètes francophones en langage visuel*, vol. 12, no 3, p. 7-9.

11 Inspiré de Bélanger, Danielle-Claude. 2000. « Pour une définition générale de l'interprétation », *Le Lien, Bulletin de l'Association québécoise des interprètes francophones en langage visuel*.

INDEX

A
abus sexuel 37, 41, 91
abus sexuels 27, 31, 38
acculturation 60, 64, 68, 91
agression physique 50, 53, 101
aidants naturels 55, 57
angine 73, 75, 91
angoisse 65, 68, 91, 97
anorexie 31, 34
anxiété 64, 68, 91
aphasie 68, 91
aphasiques 66

B
boulimie 31, 34, 92

C
centre de réadaptation 36, 56, 59, 104
centre hospitalier 37, 56, 75, 89, 103
centres d'hébergement et de soins de longue durée 7-8
centres de réadaptation 7-8, 103
centres hospitaliers 7-8, 83
chambres de naissances 21
compromission 37, 41, 97
consentement éclairé 72, 75, 92
contrevenant 46, 53, 93, 97
contrevenants 5, 8, 46, 95-96
CPEJ 7-8, 103

D
d'hospitalisation 72
déficiences 8, 83
dépression 63, 65, 68, 93
déprimé 64, 93
diagnostic 9-10, 28, 59, 61-63, 65, 68, 72, 75-76, 83, 85-87, 93, 95, 100
diagnostics 3, 28, 85
dossier médical 75, 87
DPJ 36-37, 41, 96-97, 100
DSM-IV 63, 68, 93

E
enquête policière 46, 94
enquête sous cautionnement 49, 53, 94
entente 10, 36-37, 41, 46, 94, 96-97
étiologie 63, 68, 94

G
garde des enfants 49, 53, 95

H
hallucinations 63
handicap 28, 58-59, 73, 83, 95
homoethniques 65
hospitalisation 71-73, 75-76, 95, 100

I
imagerie 25, 71, 75, 95
incapacité 59, 83, 95
incapacités 55-56
Info-Santé 9, 75, 96
IVG 30-31, 96

J
judiciarisation 96-97
L
Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents 8, 46
Loi sur les jeunes contrevenants 8
LOV 27
LPJ 36-37, 41, 96

M
maisons d'hébergement 85
maisons de naissances 21
maniaco-dépressive 63
mauvais traitements 38, 47, 49, 96
mauvais traitements physiques 38, 41, 96
mesures d'urgence 36, 41, 96
mesures provisoires 37
mesures volontaires 37, 41, 94, 96-97, 99
MTS 30-31, 97

N
normes staturo-pondérales 28

O
OLO 27
ordonnance 36-37, 41, 46, 49, 53, 89, 97
ordonnance de probation 49, 53, 97
orientation de l'enfant 37, 41, 97
orthèses 83

P
panique 64, 68, 97
périnatalité 5, 21
pilule du lendemain 31, 98
prélèvements 79, 87
primipares 22

procureur 48, 53, 82, 98, 105
Programme OLO 21
prothèses 83
psychoprophylaxie 22
psychosocial 8, 46
psychosociale 8, 59
psychosociales 27, 32
psychothérapie 62, 69

R
rapport pré décisionnel 46, 99
régime judiciaire 37
régime volontaire 37, 41, 94, 99

S
sage-femme 21, 30, 99
schizophrénie 63, 69, 99
signalement 36, 41, 100
soins à domicile 58, 76, 100
soins ambulatoires 72, 75-76, 93, 100
soins de courte durée 72, 76, 100
soins de première ligne 3, 76, 100
soins palliatifs 55, 59, 76, 100
soins palliatifs à domicile 55
Soins spécialisés 76, 85, 87, 100
stigmatisation 57, 69, 100
stress 28, 32, 64, 68-69, 91, 93, 101
symptômes 14, 61, 63, 68-69, 73, 89, 91, 97, 101

T
traumatismes 41, 64, 96
troubles de comportements 37-38, 41, 101

V
victime 46-50, 52-53, 64, 69, 91, 94-95, 97, 101
victimes 32, 48-49, 52
violence conjugale 5, 47-48, 53-54
violence psychologique 27, 53, 101
virage ambulatoire 9, 60, 77, 101
voies de fait 49, 54, 102

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3
1. But de ce guide 3
2. Contenu proposé 3
3. Validation 4

MODE D'UTILISATION DE CE GUIDE 5

CHAPITRE 1 : SE SITUER DANS LE SYSTÈME 7

1.1 L'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec 7
1.2 Les principes du système québécois de santé et de services sociaux 8
1.2.1 L'universalité 8
1.2.2 L'équité dans l'accès aux services pour les citoyens 9
1.2.3 Le caractère public des services 9
1.2.4 L'adaptation continue 9
1.3 La jurisprudence entourant le recours aux interprètes 9

CHAPITRE 2 : DÉVELOPPER SES COMPÉTENCES EN INTERPRÉTATION 11
2.1 La notion d'interprétation 11
2.2 Les objectifs de l'interprète 12
2.2.1 Transmettre les codes 12
2.2.2 Transmettre les cultures 12
A. L'importance d'établir un contact positif 12
B. La nécessité de tenir compte du contexte 12
2.3 Le rôle de l'interprète en milieu social 13
2.3.1 Véhiculer les explications culturelles 13
2.3.2 Tenir compte des sous-cultures 14
2.4 Les stratégies de l'interprète 15
2.4.1 Avant l'interprétation 15
2.4.2 Au début de l'interprétation 16
2.4.3 Pendant la période d'interprétation 17
2.4.4 Après la période d'interprétation 18
2.5 L'éthique de l'interprète 19
2.6 Les droits et les devoirs de l'interprète 19

CHAPITRE 3 : DIVERS DOMAINES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX 21
3.1 LES PROGRAMMES EN PÉRINATALITÉ 21
1. Caractéristiques 21
2. Fonctionnement 21
3. Problématiques 22
4. Conseils à l'interprète 24
5. Terminologie 25
3.2 LES PROGRAMMES ENFANCE-FAMILLE 27
1. Caractéristiques 27

2. Fonctionnement 27
3. Problématiques 28
4. Conseils à l'interprète 29
5. Terminologie 30
3.3 Les programmes jeunesse 31
1. Caractéristiques 31
2. Fonctionnement 31
3. Problématiques 32
4. Conseils à l'interprète 33
5. Terminologie 34
3.4 La protection de la jeunesse 36
1. Caractéristiques 36
2. Fonctionnement 36
2.1 Le signalement 36
2.2 Réception et traitement du signalement 36
2.3 Mesures d'urgence 36
2.4 L'évaluation de la situation 37
2.5 Orientation de l'enfant 37
2.6 Mesures provisoires lors d'une ordonnance intérimaire 37
2.7 Exécution de l'entente ou de l'ordonnance 37
2.8 Révision de la situation 37
3. Problématiques 38
3.1 Abandon 38
3.2 Menace au développement mental et affectif (ou négligence) 38
3.3 Menace à la santé physique 38
3.4 Abus sexuels et mauvais traitements physiques 38
3.5 Troubles de comportement sérieux 39
4. Conseils à l'interprète 40
5. Terminologie 41
3.5 Les jeunes contrevenants 42
1. Caractéristiques 42
2. Fonctionnement 42
2.1 L'arrestation policière 42
2.2 L'orientation 43
2.3 La judiciarisation 43
2.4 Le procès 43
3. Problématiques 43
3.1 La délinquance d'occasion ou accidentelle 43
3.2 La délinquance de transition ou prédélinquance 44
3.3 La délinquance de condition ou caractérielle 44
3.4 Les difficultés vécues par les jeunes issus de l'immigration 44
4. Conseils à l'interprète 45
5. Terminologie 46
3.6 La violence conjugale et familiale 47
1. Caractéristiques 47
2. Fonctionnement 47
2.1 Demande d'aide 48
2.2 Rencontre des conjoints 48
2.3 Décision des policiers selon la situation 48
2.4 Premières mesures de soutien 48
2.5 Transfert du dossier à un enquêteur 48

2.6 Décision du procureur de la couronne 48
2.7 Identification de la meilleure solution : partir ou rester 48
2.8 La victime décide de rester avec son conjoint 49
2.9 La victime décide d'accuser son conjoint 49
2.10 La garde des enfants 49
2.11 Culpabilité de l'agresseur 49
3. Problématiques 49
3.1 Problématiques reliées au contexte du départ 50
3.2 Problématiques reliées au statut migratoire 50
3.3 Problématiques reliées au processus d'intégration dans le nouveau milieu 50
3.4 Problématiques reliées à l'interprétation de la dimension culturelle 51
4. Conseils à l'interprète 52
5. Terminologie 53
3.7 Les services à domicile 55
1. Caractéristiques 55
2. Fonctionnement 55
2.1 Demande de service 56
2.2 Évaluation 56
2.3 Plan d'intervention 56
2.4 Application du plan d'intervention 56
2.5 Suivi 56
3. Problématiques 56
4. Conseils à l'interprète 58
5. Terminologie 59
3.8 La santé mentale 60
1. Caractéristiques 60
2. Fonctionnement 60
2.1 Psychiatrie générale 61
A. L'entrevue psychiatrique 61
B. Le rapport psychiatrique 62
C. Le plan d'intervention 62
2.2 Ethnopsychiatrie 62
A. Le Service de consultation culturel (SCC) de l'Hôpital Général Juif 62
B. La Clinique transculturelle de l'Hôpital de Montréal pour Enfants 62
C. Le module transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon 63
3. Problématiques 63
3.1 Troubles fréquents dans la population 63
A. La schizophrénie 63
B. Les troubles affectifs 63
C. Les troubles de l'anxiété ou troubles anxieux 64
3.2 Santé mentale et immigrants 64
A. Facteurs prémigratoires 64
B. Facteurs postmigratoires 64
C. Perceptions du domaine de la psychiatrie 65
D. Modes de communication 65
E. Le sens attribué aux maladies 65
4. Conseils à l'interprète 66
5. Terminologie 68
3.9 Les hôpitaux 71
1. Caractéristiques 71

2. Fonctionnement 71
2.1 Accès 71
2.2 Traitements 72
2.3 Modalités de traitement 72
3. Problématiques 73
4. Conseils à l'interprète 74
5. Terminologie 75

Annexe 1 : Droits des usagers (art. 4 à 16 de la loi)
Annexe 2 : Jurisprudence
Annexe 3 : Personnel général et spécialisé
Annexe 4 : Ensemble de la terminologie
Annexe 5 : Principaux sigles

Index 107

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal